

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^{ÈME} CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ANDRÉE BELLAVANCE

EXPÉRIENCE PERSONNELLE DU MINDFULNESS ET PSYCHOTHÉRAPIE

OCTOBRE 2009

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre 1: Ce qui a précédé.....	8
Chapitre 2: La maladie.....	12
Chapitre 3: Le contexte théorique.....	20
Chapitre 4: Expérimentation	60
Conclusion	100
Références.....	107

Remerciements

Je remercie mon directeur, monsieur René Marineau, directeur de cet essai, pour sa collaboration et l'intérêt qu'il a manifesté tout au long de la rédaction.

Je remercie messieurs Gilles Dubois et Wilfrid Pilon, psychologues, pour avoir accepté de lire ce travail et de le commenter.

Également, je tiens aussi à remercier, mon conjoint, qui m'a encouragée pendant cinq ans dans ce projet d'études doctorales.

Introduction

Only what you have experienced yourself can be called knowledge.
Everything else is just information. (Albert Einstein dans Harris, 1995)

Dans le cadre de cet essai, je me propose d'approfondir le *mindfulness* ou, comme on le traduit en français, la « pleine conscience de soi » selon une visée clinique et dans le cadre de la psychothérapie contemporaine. Encore aujourd'hui, le *mindfulness* est peu familier aux cliniciens et par conséquent peu utilisé dans le contexte de la psychologie clinique au Québec. Il semble cependant gagner en popularité dans le grand public, dans un premier temps, en partie à cause de mentions au travers des canaux qu'emprunte généralement la psychologie populaire, mais aussi peut-être parce que cette pratique s'inscrit dans la foulée d'un certain orientalisme en vogue depuis les années 60 et qui a, entre autres, amené la philosophie bouddhiste à l'avant-scène et en a dévoilé des aspects qu'on juge généralement positifs.

Cet intérêt n'est pas non plus étranger à la présence d'un phénomène sociétal. Les statistiques sont révélatrices sur la manière d'aborder le mal-être : en 1952, l'*American Psychiatric Association* mentionnait 112 diagnostics dans le classique livre de la psychiatrie *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM); en 2004, le nombre de diagnostics a augmenté à plus de 400 (Germer, Siegel & Fulton, 2005). Cet écart peut être interprété de diverses manières; toutefois, il est évident que l'on précise

de plus en plus la nature des troubles psychologiques et que l'on cherche à développer des thérapeutiques adaptées à chacun de ceux-ci. C'est dans ce contexte qu'il faudra voir la pratique de la méditation comme partie intégrante de certains traitements. De plus, aujourd'hui, l'écart entre un trouble mental diagnostiqué et ce qui procède des difficultés de la vie quotidienne étant devenu mince et ce qui les différencie souvent ambigu, la pratique du *mindfulness* a la qualité de pouvoir s'intégrer autant au processus thérapeutique qu'à la vie de tous les jours.

Dans des termes très généraux, la question est déjà posée par les scientifiques : sommes-nous faits pour vivre dans notre monde? (Science et Vie, 2007). Le monde a changé par l'intervention de l'homme, mais pas l'homme lui-même. Notre cerveau, tout sophistiqué qu'il soit, demeure préhistorique, en ce sens qu'il date d'avant l'histoire, l'écriture, la technologie, l'économie. Si une partie de nous peut créer le monde et en faire une machine démesurée qui carbure à la rapidité d'exécution et au travail soutenu, une autre a tout simplement de la difficulté à composer avec cette réalité parce qu'elle demeure plus intimement liée à une structure physique qui s'est développée pour composer avec les paramètres d'une vie moins complexe.

Au même moment, il nous faut aussi constater que la pratique méditative est elle-même très ancienne et qu'elle semble avoir voulu répondre tôt, du moins dans sa forme bouddhiste, à une problématique de mal-être intemporelle. On pense à « l'élimination de la souffrance », un objectif central de cette religion ou philosophie selon les points de vue. Cette nécessité de contrer la souffrance a participé il y a très longtemps à la genèse

de la pratique méditative. L'ancienneté d'un mal-être qu'on devine similaire au nôtre et collé à notre nature est un constat étonnant à faire. La modernité ou l'actualisation du mal-être ne représenterait rien de neuf dans la nature même du mal. Ce qui appartiendrait en propre à notre époque serait plutôt de l'ordre de la forme, de l'expression, et de la prévalence, en l'occurrence en forte croissance.

Est-ce que l'adoption de la pratique du *mindfulness* aujourd'hui serait la pointe d'un iceberg ? Certains auteurs (André, 2009; Hayes & Feldman, 2004; Ricard, 2004) pensent qu'après la mode des approches comportementalistes (1960), puis cognitivistes (1980), nous sommes maintenant à l'ère « émotionnelle » et que le *mindfulness* pourrait être une étape importante dans l'histoire de la psychologie. Cette tendance actuelle à décrire le *mindfulness* comme la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales suscite l'intérêt grandissant des cliniciens et des chercheurs qui ont de plus en plus une visée d'amélioration globale du bien-être et non pas uniquement la réduction ou l'élimination de symptômes non spécifiques.

On observe régulièrement chez les personnes qui consultent en psychothérapie le désir de se débarrasser le plus rapidement possible d'émotions décrites comme « désagréables ». On veut les régler parce qu'elles nuisent au maintien et à la poursuite des activités quotidiennes. On observe aussi l'espoir de ne plus ressentir ces états d'âme, ces maux si difficiles à gérer, et la recherche d'une guérison définitive. Incidemment, on nous rapporte parfois les promesses de cliniciens à cet effet. On voit aussi des joies de courte durée, des déceptions et de la culpabilité de ne pas arriver après tous ces efforts,

toutes ces heures de thérapie, à atteindre ces objectifs, peut-être irréalistes au départ. Les gens sont engagés dans une course au bonheur et ils veulent des trucs qui, malheureusement, ne suffisent pas à faire des changements en profondeur. Ils en sont d'ailleurs souvent conscients et préfèrent l'ignorer. Cette course au bonheur n'est pas d'aujourd'hui. Cependant et paradoxalement peut-être, on remarque qu'en dépit de l'amélioration des conditions de vie et de la prolifération des thérapies, le taux de dépression n'a jamais été aussi élevé.

Ce travail de recherche comporte deux dimensions. D'une part, on retrouve une dimension théorique qui a servi initialement de support dans mon utilisation et mon application du *mindfulness*. Le concept de *mindfulness* est éclairé à partir d'auteurs reconnus dans le domaine pour en arriver à élaborer ma propre définition. Il ne s'agit pas ici de la définition opérationnelle qui fait actuellement l'objet d'efforts concentrés dans le but d'amener la « pleine conscience de soi » dans des contextes scientifiques rigoureux. J'ai plutôt colligé une série d'éléments convergents et composé une définition suffisamment précise pour encadrer le présent essai et lui donner un sens qui puisse se communiquer aisément. Puis, je résume ce que nous dit la psychologie cognitive concernant l'application clinique du *mindfulness*.

D'autre part, une dimension expérientielle est décrite sous l'angle d'une trajectoire personnelle, d'une découverte du *mindfulness* d'abord dans ma vie, puis sur le plan professionnel. Cette expérience de vie devient la trame de cet essai et illustre le questionnement personnel et professionnel qui s'est imposé graduellement. J'ai choisi

parmi plusieurs méthodes pour la rédaction de cette partie sur le mode du journal celle des « événements critiques » (Pourtois & Desmet, 1988) qui sous-tend que la personne possède les ressources, qu'elles soient actualisées ou non, et qu'il s'agit de les faire émerger en tant qu'outil de connaissance. D'une vision humaniste, cette méthodologie de travail est centrée sur la conception, le savoir et l'expérience de la personne. William James, le père de la psychologie américaine, ne disait-il pas, il y a déjà plus de 100 ans, que l'on se devait de rester pragmatique et de rechercher "la valeur concrète de la vérité en termes d'expériences".

Cet essai est divisé de façon chronologique, soit en quatre moments-clés en lien avec les notions de temps et d'évolution. Ces moments décrivent ma trajectoire de la découverte à l'utilisation du *mindfulness*.

La présente introduction résume l'intention et le plan de ce travail.

Le chapitre « Temps 1 » comprend la période de ma vie qui a précédé le changement qui devait mener à l'adoption du *mindfulness* et qui se situe avant 2007;

Le chapitre « Temps 2 » recouvre la période de ma vie qui se situe au moment de l'arrêt pour cause de maladie en 2007;

Le chapitre « Temps 3 » situe le moment où j'ai centré mon attention sur le support théorique. Il représente le véhicule dont j'avais besoin pour accéder à la dimension *mindfulness* et choisir éventuellement de l'intégrer à ma pratique. Les définitions du *mindfulness* et les applications cliniques utilisées en psychologie sont présentées;

Le chapitre « Temps 4 » est la présentation de mon expérience comme méditante ainsi que deux dossiers cliniques que j'ai sélectionnés afin d'en expliciter l'usage et de donner un éclairage sur les différentes utilisations possibles dans le cadre thérapeutique.

La conclusion fait état de mes réflexions sur cette expérience et sur le contexte dans laquelle je l'ai inscrite.

Chapitre 1

Temps 1: Ce qui a précédé

Nous sommes en 2003. Je suis professionnelle depuis 1988. Mon milieu de travail, devenant un Institut de recherche Universitaire, souhaite que les professionnels développent des habiletés de recherche et, dans cette optique, offre aux intervenants l'opportunité de parfaire leur formation en leur fournissant un soutien, en l'occurrence en leur octroyant une journée par semaine pour études. Ce projet m'interpelle immédiatement et je fais les démarches dès la première année de ce programme. Je m'inscris au doctorat en psychologie à l'Université de Trois-Rivières.

À mon travail, j'utilise essentiellement l'approche cognitive comportementale, école de pensée préconisée par l'organisation et qui s'inscrit de fait dans un historique de données probantes. Ma formation préalable est donc assez traditionnelle. Mon cadre thérapeutique est bien défini. Les techniques sont structurées, expliquées et expérimentées par le patient. Je suis la plupart du temps dans un mode de résolution de problèmes. J'ose dire que je suis devenue une thérapeute compétente. L'expérience, les nombreuses formations et supervisions ont été mes outils de développement.

Depuis un certain temps, je me questionne sur ma façon de travailler auprès de mes patients. Avec certains patients, l'approche comportementale est efficace, alors qu'avec d'autres, c'est la dimension cognitive qui se montre efficace. Mais avec plusieurs patients, mon approche ne répond qu'en partie à mes attentes et à celles de mes patients et je suis plus à l'aise de travailler autrement. Je m'ouvre à d'autres approches, à d'autres modèles comme les schémas de Young, ou la psychologie expérientielle et humaniste. Je me questionne d'autant plus que j'écoute mes collègues discuter de leurs succès thérapeutiques. Je reviens constamment à ma base théorique, mais dans les faits, je prends conscience que j'applique de plus en plus irrégulièrement la thérapie cognitive comportementale dans ma pratique professionnelle. Je suis dans le doute.

Mon projet doctoral initial s'inscrit dans le programme Intervention-Recherche et vise l'évaluation d'un programme de traitement de groupe pour des patients avec des troubles mentaux sévères et persistants associés à des problèmes de toxicomanie.

Ma vie professionnelle est stimulante et je lui accorde beaucoup de temps. Je pratique en bureau privé, je travaille à temps plein dans un hôpital et je suis inscrite au doctorat. Je m'investis dans ce que je fais et je me trouve privilégiée de trouver un sens et du plaisir dans ma profession.

Par ailleurs, je suis aussi une grande sportive, presque une « *addict* du sport ». Ayant fait de la compétition pendant plusieurs années, j'ai développé très jeune ce rituel exigeant de l'entraînement quotidien. Je m'entraîne d'ailleurs sur une base quotidienne et mon horaire est fait en fonction de cette activité. Le sport est très important dans ma

vie. Je me sens mal physiquement mais surtout psychologiquement lorsque je ne peux pas m'entraîner. Une absence au gym devient une source d'irritabilité. J'aime mon énergie. Mes journées sont généralement longues. Je ressens peu de fatigue et j'en suis très fière.

Mon conjoint et ma fille sont ce qui m'importe le plus. Ils me le rendent bien. Toutefois, je suis en conflit avec moi-même, car j'aimerais être plus présente à ma famille. Mais je suis dans l'action, et malgré le fait que j'aimerais en faire plus, je prends soin et m'occupe de notre espace, de notre intimité conjugale et familiale.

Je n'ai jamais été malade. Les seules difficultés que j'ai rencontrées sont des blessures sportives relativement mineures. J'ai l'impression d'avoir toujours été dans l'action et c'est mon rythme normal de vie. Manquer de temps, c'est mon expérience au quotidien. Avoir l'impression de ne jamais avoir terminé ce que j'entreprends, c'est normal. J'ai beaucoup de choses à faire et plusieurs dossiers ne sont pas complétés. Malgré tout le temps que j'y consacre, j'ai constamment l'impression de ne pas en faire assez. Au fil du temps, je deviens de plus en plus insatisfaite, je suis amère et je me questionne davantage, mais je n'arrive pas à m'arrêter vraiment. Quand je suis fatiguée, je prends quelques jours de repos, puis je reprends mon rythme de vie infernal. Voilà l'état des choses au moment où la maladie frappe.

Chapitre 2

Temps 2 : La maladie

Ce second chapitre décrit le moment-clé où la maladie me forcera à vraiment m'arrêter et à intégrer le *mindfulness*. J'y raconte ce qui a été la source de mon intérêt pour le *mindfulness*. Je décris ce qui a favorisé ma prise de conscience d'un besoin de changement et l'amorce « véritable » de mon cheminement personnel.

Nous sommes en 2007.

Un événement majeur m'immobilise. Ma course effrénée s'arrête sans que je contrôle quoi que ce soit. Mon état de santé impose un arrêt complet. Je ne le sais pas à ce moment-là, mais je dois prendre rendez-vous avec moi-même et comme pour beaucoup de gens, j'ai attendu que ce questionnement devienne une obligation.

Ainsi, la première fois où je dois vraiment m'arrêter, je suis dans la douleur. Une douleur au dos intolérable et que je n'arrive pas à calmer: assise, couchée, debout, tout est extrêmement difficile et douloureux. Je me souviens encore de la réaction de mon médecin. Je suis assise dans son bureau et elle me présente les résultats de mes examens : deux hernies discales et une tendinite de la patte d'oie. Elle me regarde et me demande : « Mais qu'est-ce qui se passe? Depuis quand as-tu ces douleurs? Qu'est-ce

que tu fais? Ce ne sont pas des blessures récentes ». Je n'ai pas d'explication à lui offrir. Elle me prescrit un arrêt complet et me met en garde du sérieux des blessures. Je dois faire attention car, j'ai aussi des pertes d'équilibre qui pourraient entraîner la nécessité d'une opération, ce qui n'est pas souhaitable dans ces cas-là.

Abstraction faite d'un congé de maternité, je suis en arrêt de travail pour la première fois de ma vie. Un traitement pharmacologique et un programme de réadaptation me sont proposés pour le premier mois. Je fais les exercices suggérés par la physiothérapeute pour favoriser mon rétablissement. J'applique avec rigueur le programme à domicile. Je note quotidiennement les exercices et enregistre l'intensité de la douleur associée. Pour la physiothérapeute, je suis la patiente idéale : je suis les règles minutieusement. Psychologiquement, cette douleur immobilisante est étouffante. Je ne comprends pas pourquoi cela m'arrive. J'ai fait des changements marqués dans mes entraînements, mais cela n'améliore pas mon état de manière notable. Je demeure dans cette douleur plus d'un mois et je parviens difficilement à faire une journée « normale », c'est-à-dire sans calculer mon temps pour départager ma position entre assise et debout.

Je suis immobilisée physiquement et je me sens paralysée psychologiquement. Comme à mon habitude, je réagis selon un mode connu, "le faire". Je cherche des informations et des réponses à partir de différentes sources (internet, livres, consultations médicales et paramédicales). Je cherche une façon de faire pour éliminer complètement ce problème et bien sûr sans amorcer de changement. J'ai à l'esprit de reprendre mes activités professionnelles et sportives. Je soigne les symptômes.

Pendant cette période et de manière fortuite, je trouve des textes et des exercices reliés au *mindfulness*. Le livre « *Back Sense* » (Siegel, Urdang & Douglas, 2002) m'interpelle pour son approche décrite comme révolutionnaire pour les personnes souffrant de maux de dos chroniques. Un des auteurs, Siegel, est psychologue et souffre de ce problème. Il a élaboré un programme faisant partie de la catégorie de la « médecine intégrée ». Je suis captive, car je suis dans la douleur et incapable de faire autre chose. Je ne peux pas faire autrement, médicament ou pas, je suis arrêtée : il ne me reste que la lecture.

Je commence par appliquer les différentes méthodes suggérées (dans un mode « faire ») et ce toujours dans la perspective de guérir et de reprendre là où je me suis arrêtée. Je débute mon initiation au *mindfulness* par des exercices de respiration très simples. À ce moment-là, la méditation en marchant et l'utilisation de mantras facilitent mon apprentissage et rend l'activité plaisante.

Après quelques semaines de "remise en forme", teintées de bons moments et de périodes aigües de douleur, je retourne à mes vieilles habitudes que je considère rassurantes et que j'apprécie : mon travail et mon entraînement. Le retour au travail est prévu dans deux semaines : c'est le temps accordé pour une problématique de ce genre. J'ai toujours de la difficulté, la douleur est présente et je cherche à la taire, à m'en distraire. Elle est plus forte que moi, je n'arrive pas à la dompter. Mais surtout, je me sens tellement fatiguée et vulnérable. Je ne comprends pas, ce n'est pas moi. Finalement, je n'accepte pas.

La fin de semaine qui précède mon retour au travail, la maladie frappe de nouveau. Je me souviens clairement de ce vendredi où comme d'habitude, je reconduis Ariane, ma fille, à son cours de natation. Pendant cette heure, je prends une marche avec mon fidèle compagnon Sammy, un border collie. Ce soir-là, je suis tellement épuisée qu'après trente minutes je dois m'asseoir dans l'auto pour attendre Ariane. Je me sens faible et je cherche mon souffle. Le samedi et le dimanche qui suivent sont des journées très similaires. Devant cette situation, nous sommes inquiets, mon conjoint et moi. Les symptômes augmentent : la toux, la grande fatigue m'empêchent de faire mes activités habituelles et j'ai aussi une douleur au côté gauche. Mon conjoint appelle Info-Santé où on se fait rassurant: pas de fièvre, pas de problème. Je demeure inquiète.

Mon état empire et le lundi matin, mon conjoint et moi nous nous rendons à l'urgence. En effet, la situation se détériore, je suis en détresse respiratoire. Mon pouls est rapide, je suis affaiblie et chaque respiration provoque une douleur intense. Cette fois, il est impossible de ne pas entendre. Je n'ai aucun contrôle sur ce qui se passe. Par analogie avec la prévention de la rechute en toxicomanie, ce n'est pas uniquement un faux pas, c'est une rechute complète. Je ne peux que laisser-aller et m'abandonner.

Je suis immédiatement prise en charge par le réseau médical. On ne me fait pas attendre à l'urgence. Je suis placée à l'Unité d'observation pour quelques heures avec de fortes doses de médicaments, pour le traitement initial d'une pneumonie. Le tableau clinique évolue rapidement et négativement. Cette première semaine est très souffrante et angoissante pour mes proches. La pneumonie se transforme après une semaine

d'observation à un diagnostic final de pleurésie purulente (empyème). En treize jours, je me retrouve deux fois à la salle d'opération pour un drainage puis une décortication pulmonaire. Je suis fortement médicamentée ce qui entraîne des complications de type anémie inflammatoire et ulcères à l'estomac.

Pendant cette prise en charge, et suite à la première opération, je n'arrête pas de dire : «Je ne comprends pas, je ne fume pas, je fais du sport, je suis en bonne santé... pourquoi? Pourquoi moi?» J'entends les réponses des spécialistes (infectiologue, pneumologue, chirurgien) mais je n'arrive pas à intégrer leurs réponses. Je n'arrive pas à comprendre qu'une sportive, comme moi, se retrouve avec une maladie pulmonaire. À ce stade de la maladie, la médecine familiale est très aidante. Un médecin vient au quotidien me rencontrer et m'explique le processus et les étapes qui vont suivre. Il me présente mon bilan de santé, revoit la médication et s'assure de la gestion de la douleur. Il est à l'écoute et s'assure que tous les aspects de la santé, physique (alimentation, sommeil, gestion de la douleur) et psychologique (anxiété, colère, tristesse) ont des réponses adaptées. Je pleure beaucoup pendant cette période.

Après la deuxième opération, je prends des médicaments puissants contre la douleur et aussi pour éliminer toute trace de bactéries. Je crois que c'est à ce moment-là que je me questionne sérieusement sur la reprise de mes activités. La convalescence s'annonce longue. Un travail intérieur se prépare, s'impose.

Lorsque je reviens chez moi, je suis en convalescence pendant quelques mois. La fatigue qui m'habite me ramène constamment à ce constat : c'est différent. Je ne peux

pas continuer comme avant, même si médicalement parlant le pronostic est bon. Je dois trouver des réponses pour comprendre et donner un sens à tout cela. Cette fatigue résiduelle avec laquelle j'ai de la difficulté à composer est probablement ma meilleure amie. Elle me protège de mes habitudes ancrées et me force à m'observer, à écouter et à réfléchir. Je suis en début de questionnement.

Cette première expérience face à la maladie est profondément bouleversante. Je me sens perdue et vulnérable. Je ne suis plus la même. Je n'ai plus mon énergie. Je progresse bien, mais je demeure néanmoins dans un état de grande faiblesse. Tous les jours, je dois faire des siestes. Je suis au ralenti. Je fais les choses une à une, et surtout moment par moment. Le temps se limite au présent. La peur persiste même après une guérison complète. Repartir n'a pas le même sens, continuer ne peut pas se faire comme avant.

Je commence à m'ouvrir pour voir et faire les choses autrement. Je me souviens de ma lecture de Back Sense et de par ma condition physique (problèmes respiratoires graves, peu d'énergie), je commence à m'intéresser à une approche méditative « *mindfulness* ». Et dans mon cas, c'est un virage à cent quatre-vingts degrés. Je n'ai aucune connaissance sur le sujet et je n'ai jamais fait de la méditation. J'aborde le sujet par la dimension théorique. Je me documente en lisant à peu près tout ce qui a été écrit depuis 2000 dans le champ de la psychologie cognitive. Et tranquillement j'expérimente quelques programmes structurés qui incluent des exercices formels et informels. C'est pendant ma convalescence que je remets en question mon projet de doctorat pour

finalement le modifier complètement. Je décide de faire un Doctorat en psychologie (D. Psy.), sous la forme d'un essai qui intégrerait mon expérience et me concentre sur le *mindfulness* en psychologie cognitive au lieu du doctorat Intervention/lrecherche.

Chapitre 3

Rien n'est plus pratique qu'une bonne théorie. (Kurt Lewin)

Temps 3 : Le contexte théorique

Dans ce chapitre, je fais un détour par la théorie, détour qui correspond à ma manière d'être et de faire. Pour changer, je dois comprendre. Dans cette partie, je résume les différentes définitions du *mindfulness* et celle que j'ai retenue pour mon essai. Je décris les deux principaux traitements de groupe. Et je termine en abordant brièvement les processus d'action du *mindfulness*, les similitudes et les différences avec la thérapie cognitive comportementale, les spécificités du *mindfulness* et où en est la psychologie dans son utilisation clinique.

Je suis toujours en convalescence et je m'intéresse au *mindfulness*. Bien qu'un travail expérientiel se fait en alternance, ma démarche initiale vise à comprendre ce qu'est le *mindfulness*. À ce stade-ci, il est important pour moi de faire cet effort sur le plan intellectuel. Toutefois, je précise tout de suite qu'il ne s'agit pas d'une revue exhaustive du sujet qui, par ailleurs, se développe en thérapie cognitive à une vitesse remarquable et est intégré depuis longtemps dans d'autres approches dites humanistes.

Donc, j'accorde une place importante à la partie théorique, d'une part, du fait de mon état qui demanderait plutôt des solutions applicables dans l'immédiat, et d'autre part, par le sujet lui-même qui exige davantage de la pratique que la recherche d'une définition. Mais au même moment, cela permet de cerner ma démarche avec plus d'exactitude.

D'où origine le mindfulness?

Le *mindfulness* est au cœur de plusieurs traditions anciennes spirituelles. Ses principes sont à la base de la tradition bouddhiste, du taoïsme, du yoga et on en trouve des éléments dans la tradition des Indiens d'Amérique du Nord. Dans l'ouvrage *Mindfulness and Psychotherapy*, Germer et al. (2005), soulignent que dans la psychologie ou philosophie bouddhiste, le concept de *mindfulness* correspond globalement à la définition en langue Pali de l'Inde ancienne au mot *Sati* qui signifie « l'attention, la conscience et le rappel » (*awareness, attention et remembering* en anglais). Le « rappel » a ici le sens de réorientation de l'attention et de la conscience à l'expérience actuelle, un point fondamental de la pratique du *mindfulness*.

Crane (2004) nous offre un angle complémentaire en mentionnant qu'il s'agit dans cette pratique de prendre conscience de ce qui se passe au moment où cela se passe, de se mettre en relation directe et profonde avec ce qui se passe avec une attitude d'acceptation, d'être tout simplement présent, de poser un geste délibéré d'observation participative (traduction libre). S'intègre aussi dans la pratique l'objectif affirmé de réduire la souffrance et de favoriser le bien-être.

Dans la littérature en général, le *mindfulness* est présent dans les œuvres de plusieurs écrivains tels que Ralph Emerson, Henry Thoreau, ou Novalis (Kabat-Zinn, 1994). Il n'est pas en lui-même sujet, mais il transcende les œuvres par l'attitude contemplative du moment présent des auteurs et dans un esprit d'attention et de discernement.

En psychologie aussi, il a été utilisé par plusieurs auteurs. En 1930, Freud dans une de ses lettres écrivait qu'il allait essayer de pénétrer dans la jungle des enseignements traditionnels de l'Inde. Alexander, psychanalyste freudien, mais poursuivant des recherches plus éclectiques, a écrit en 1931 *Buddhist Training and Artificial Catatonia*. Carl Jung et Erich Fromm se sont aussi intéressés au bouddhisme. Plus récemment, Epstein (1995) affirme que le bouddhisme a quelque chose d'essentiel à apprendre aux psychothérapeutes.

On reconnaît donc dans l'évolution des écoles de pensées dans lesquelles se forment les chercheurs et les praticiens en psychologie que le *mindfulness* est présent indirectement, sans être nommé spécifiquement. Qu'il s'agisse de mentionner quelques notions telles que l'ici et maintenant, le focusing, la psychologie du moment (Rogers, Gendlin, Perls et Moreno). Il s'incarne au travers du modèle bouddhiste. Je ne suis pas philosophe, mais je me risquerai à dire qu'il y a une certaine adéquation sinon une adéquation certaine entre certains préceptes philosophiques, certaines façons de percevoir le fonctionnement du cerveau et de la psyché, et les notions qui constituent ce qu'on appellera plus tard le *mindfulness* ou la « pleine conscience de soi ».

L'intérêt des cliniciens et des chercheurs pour le *mindfulness* croît toujours dans la psychologie contemporaine. Smith (2004) mentionne que depuis plus de dix ans, le *mindfulness* est devenu une des formes de méditations les plus étudiées (Germer & al., 2005). Mais l'absence d'une définition opérationnelle ne permet pas de qualifier scientifiquement les résultats. Néanmoins, les résultats des études actuelles semblent probants.

Le *mindfulness* est utilisé de différentes manières et, fait important, n'implique pas l'adhésion à la religion bouddhiste. Il se sécularise, en quelque sorte, pour éventuellement mieux se systématiser et échapper à un cadre dogmatique ou spiritualiste. Ceci lui donne du coup une beaucoup plus grande neutralité sur les plans religieux et culturel. Pour Kabat-Zinn, le *mindfulness* est à la portée de toutes les personnes qui l'adoptent comme un art de vivre, et par conséquent, il peut être utilisé dans plusieurs domaines de la psychologie clinique. Il a été adopté comme une approche permettant l'augmentation de la conscience, favorisant ainsi le développement de réponses adaptatives aux processus mentaux qui contribuent à la détresse émotionnelle. Ce type d'affirmation nous indique assez clairement que la pratique du *mindfulness* fait l'objet d'un effort important de validation en parallèle de sa popularisation. Cette validation sera éventuellement tributaire d'une définition opérationnelle, mais pour le moment elle existe d'une manière relative et officieuse sur la base de résultats positifs à une pratique qui s'élabore à partir de notions qu'on peut qualifier d'objectives ou d'adéquates par les cliniciens et chercheurs.

On retrouve, dans la littérature de la psychologie cognitive, différentes définitions, conceptuellement utiles dirais-je, du *mindfulness*. La plupart s'inspirent de celle de Jon Kabat-Zinn, qui décrit le *mindfulness* comme un « état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment ». C'est une forme de contemplation du moment présent qui incite à prêter une attention complète sur l'expérience, moment par moment (Marlatt & Kristeller, 1999). Pour Teasdale, Segal & Williams (1995), c'est une forme de contrôle attentionnel qui peut aider dans la prévention des rechutes dépressives. Enfin, Baer (2003) qui s'est intéressée à réviser l'ensemble des définitions, conclut que le *mindfulness* est l'observation sans jugement du flux courant de stimuli internes et externes tels qu'ils se présentent (traduction libre).

Ainsi, alors que certains auteurs considèrent que le *mindfulness* a des effets psychologiques bénéfiques et qu'il peut rehausser les traitements pour de nombreuses problématiques (Hayes, Follette & Linehan, 2004), d'autres soulèvent le manque d'une définition opérationnelle (Bishop, 2002) et par le fait même, la difficulté d'évaluer les résultats de son utilisation. Cependant, il semble y avoir consensus sur l'importance d'une définition claire (Bishop, 2002; Dimidjian & Linehan, 2003; Hayes & Wilson, 2003; Kabat-Zinn, 2003; Roemer & Orsillo, 2003; Teasdale & al, 2003), et ce même si plusieurs chercheurs s'entendent pour dire qu'il sera difficile d'arriver à une définition opérationnelle (Kabat-Zinn, 2003; Roemer & Orsillo, 2003). Comme l'affirme Gunaratana (2002) il est complexe de définir un terme comme le *mindfulness* en partie parce que c'est une expérience non verbale. C'est une expérience intérieure.

Il y a cependant des chercheurs qui se sont intéressés à définir la base conceptuelle du *mindfulness* pour ainsi faciliter son utilisation et intégration dans les approches actuelles avec la rigueur scientifique qu'exige la psychologie. C'est dans ce contexte que j'ai choisi trois articles reconnus par la communauté scientifique et où plusieurs auteurs se sont penchés sur le sujet. Il s'agit de deux articles de Brown & Ryan (2003, 2004) et un article écrit par l'équipe de Bishop (2004).

« Mindfulness » et « Pleine conscience de soi » : limites de la définition

Quoiqu'elle pointe vers des concepts apparentés et qu'elle tente de baliser des notions somme toute relativement simples, la littérature n'en est pas encore arrivée à faire consensus et à nous donner une définition opérationnelle qui permette une instrumentalisation et un usage thérapeutique sur une base normalisée ou scientifique. C'est une limite sérieuse pour qui voudrait quantifier certains effets de la pratique ou en déterminer les paramètres thérapeutiques de départ tels la durée des séances, leur fréquence et les périodes minimales de « traitement ».

Dans le cadre de ce travail, il me faut circonscrire suffisamment les termes que j'emploie pour que leurs sens soient constants et homogènes, et que les nuances qu'ils ont les uns par rapport aux autres soient claires. Nous verrons, par exemple, que les essais à des définitions se heurtent, entre autres, au fait que certains termes utilisés pour constituer une définition sont synonymes dans la langue courante ou ont des champs sémantiques qui se chevauchent, et que cela ne s'arrange pas lorsque le saut de l'anglais au français s'effectue. À ce chapitre, il suffit de voir que certains auteurs nous font

passer du vocable unique *mindfulness* en anglais à la locution « pleine conscience de soi » en français pour comprendre toute la dimension du problème.

Mon travail d'analyse de la problématique liée à une définition du *mindfulness* est un survol avec de bien modestes ambitions sur le plan rhétorique. Il ne tente pas non plus de faire état de l'ensemble des réflexions des spécialistes à ce sujet, mais seulement de circonscrire le problème de manière générale à partir des considérations de quelques auteurs dont la communauté scientifique reconnaît le sérieux et de faire état dans des lignes très larges des difficultés qu'ils rencontrent dans cette entreprise « d'encadrement » du sens.

Problèmes sémantiques, le premier écueil d'une éventuelle définition opérationnelle

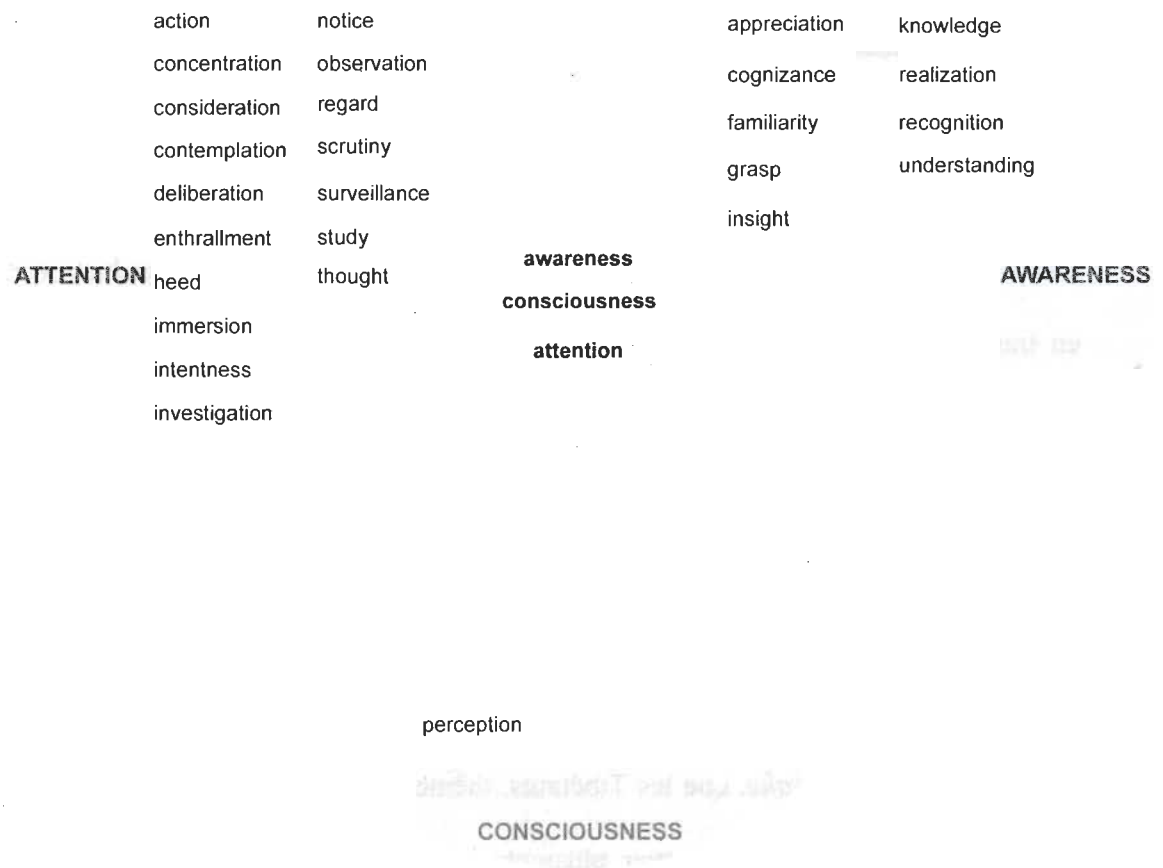
Au départ, le *mindfulness* est une transposition de la méditation bouddhique telle que certaines branches de cette philosophie ou cette religion la pratiquent. En fait, il y a eu simultanément traduction, soit mouvement d'une langue (principalement le tibétain, mais aussi l'indien) vers une ou plusieurs autres; occidentalisation, c'est-à-dire glissement d'un ensemble de conventions culturelles ayant évolué dans le contexte asiatique vers un autre modelé par des influences différentes; et finalement sécularisation de la pratique qui équivaut essentiellement à l'élégage des éléments purement religieux qui l'entourent à l'origine. Ce travail de transposition en a d'emblée imposé un autre sur les termes d'une définition. On voit ainsi que la problématique d'une définition opérationnelle s'annonçait déjà dans la manœuvre fondatrice de la « pleine conscience de soi », c'est-à-dire l'appropriation d'un concept élaboré dans une

culture différente, à une époque différente. Ajoutons à cela que la notion de « méditation » que l'on associe facilement à la pratique du *mindfulness* existait déjà en Occident, notamment dans son expression religieuse étroitement liée à la prière. Cet état de fait tend à maintenir, voire à renforcer, selon moi, une perception "orientalisante" de la « pleine conscience de soi », rapport à soi, que l'on veut bien distincte des formes judéo-chrétiennes de la pratique méditative, rapport à Dieu.

L'appropriation de la pratique de la méditation bouddhiste par les occidentaux ne se fait pas aisément sur le plan du vocabulaire. Ceci est d'ailleurs un peu paradoxal si l'on considère que la pratique en elle-même est assez simple à enseigner. Cependant, l'usage en anglais dans les définitions tentatives de certains auteurs de termes comme *attention*, *awareness* et *conscience* à titre de notions indépendantes et constitutives est un exercice délicat. Comme ces définitions sont synonymes dans au moins une de leurs acceptions respectives, les auteurs doivent d'abord travailler à les distinguer pour en faire des constituantes de leurs définitions, à défaut de quoi leurs sens se télescopent puisque chaque mot peut faire partie de la définition de l'autre.

Figure 1 : Termes utilisés en *mindfulness*

Recoupement des définitions
dans le New Oxford American Dictionary (version électronique 2005)



Par la figure 1, je tente de démontrer avec un ouvrage de référence très commun en anglais américain, le chevauchement sémantique des mots-clés du *mindfulness* que sont l'*attention*, l'*awareness* et la *consciousness*. J'ai pris à la fois des mots qui figurent dans les définitions et dans le thésaurus, l'idée étant de voir le degré de « parenté » de ces notions et de voir dans quelle mesure nous sommes dans une dynamique de proximité et

de recoupement. Ici, il est assez clair que ces mots sont très apparentés et qu'il faudra en définir précisément l'acception pour pouvoir les utiliser distinctement et clairement.

Le passage au français est aussi problématique, sinon plus, car ces termes n'ont pas nécessairement de traduction parfaite. *Mindfulness* n'existe pas en français autrement qu'en empruntant presque tout au mot « conscience », ce qui n'est pas adéquat. En anglais, d'ailleurs, *conscience* et *consciousness* existent tous deux et ne sont pas synonymes. Le premier a un sens plutôt moral et le second un sens plutôt perceptuel. En français, « conscience » peut avoir les deux sens. *Awareness* n'a pas de traduction exacte en français. Cela peut vouloir dire « conscience », « perception », « attention », et plus. Il faut donc, dans notre appropriation de notions très dépendantes de la langue, faire très attention à la traduction. À titre d'illustration, Mathieu Ricard, le moine bouddhiste qui agit en qualité de traducteur français officiel du Dalaï Lama et qui est aussi auteur de nombreux ouvrages de vulgarisation de la philosophie et de la mystique bouddhiste, mentionne dans l'ouvrage d'entretiens avec son père, le philosophe Jean-François Revel, *Le moine et le philosophe*, que les Tibétains, même s'ils sont le peuple du chef spirituel des bouddhistes, ont dû conserver plusieurs mots indiens et sanskrits pour exprimer certaines notions, car le tibétain n'en avait pas de traductions appropriées.

Ainsi, Brown & Ryan (2003) définissent *attention* (en anglais) comme étant « a process of focusing conscious awareness », *awareness* comme étant le « background radar of consciousness », la *consciousness* se créant à ce moment de leur réflexion par

trois composantes : *awareness* et *attention* coexistant dans la dimension temporelle spécifique du présent, ce dernier terme ne soulevant toutefois jamais d'équivoque.

Même si leur travail demande des efforts de concentration et un réaménagement mental de définitions à peu près synonymiques ailleurs dans la langue anglaise, Brown & Ryan (2003) parviennent à préciser avec une certaine efficacité l'interrelation entre *attention* et *awareness* : « In actuality, awareness and attention are intertwined, such that attention continually pulls "figures" out of the "ground" of awareness, holding them focally for varying lengths of time. » Enfin, l'ensemble de ce travail sémantique est lui-même en quelque sorte une moyenne d'essais préalables par d'autres auteurs et aboutit à une définition qui prise seule est encore trop sommaire, mais qui a tout de même le mérite de poser les termes dans des cases séparées : « [Mindfulness] is most commonly defined as the state of being attentive to and aware of what is taking place in the present. » Notons aussi que l'intention de Brown & de Ryan à ce moment-là n'est pas d'arriver à une véritable définition opérationnelle, mais plutôt de délimiter les termes afin d'aborder plus généralement le sujet.

Dans une publication subséquente, Brown & Ryan (2004) y vont d'un exercice formel de définition. Ils remontent à deux formes de méditation bouddhique dont s'inspire grandement la « pleine conscience de soi », qui les amalgame pour ainsi dire, et en tirent deux éléments structurants principaux : *attention* et *awareness* : « Concentration meditation (*samatha*) involves focusing attention fixedly on an internal object such as the breath, a word, a phrase (mantra), or an external object, such as a

candle or mandala » et « awareness or insight meditation (*vipassana*) brings consciousness to bear on the moment-to-moment flow of our present experience — senses, impressions, thoughts, feelings and so on ». Ils noteront au passage les vertus que prêtent les bouddhistes à chacune de ces formes de méditation, celle centrée sur l'*attention* ayant un effet apaisant et s'améliorant au fil d'un apprentissage, et celle centrée sur l'*awareness* étant plus active et énergisante, et ouvrant une fenêtre sur la nature de l'expérience consciente. En psychologie bouddhique, ces deux formes de méditation sont bien distinctes et le terme « insight meditation » est plus utilisé au sens de *mindfulness*. Dans la transposition vers le *mindfulness*, *awareness* et *attention* deviennent les éléments primordiaux de la *consciousness* à laquelle ils donnent deux fonctions parallèles, soit le monitoring et le contrôle des événements et expériences au moment de leur survenue.

Dans la même publication, Brown & Ryan prennent soin de mentionner que le *mindfulness* ne saurait être un processus méta-cognitif, soit un processus où la pensée devient son propre objet. Le *mindfulness* est perceptuel et non cognitif. Il n'y a pas d'objectif cognitif à atteindre. Il n'y a (idéalement) que prise de conscience de l'objet porté volontairement à l'attention sans élaboration. Ils diront à cet effet : « [...] if mindfulness involves observing thought, including thoughts about thoughts, it cannot be thought. » En somme, toute pensée venant momentanément distraire la conscience dirigée spécifiquement vers un objet ne peut devenir elle-même l'objet de l'attention du praticien. Cette nuance ne fait pas l'unanimité, mais dans des contours plutôt relâchés

elle éclaire tout de même la pratique en ce qu'elle affirme qu'elle n'est pas le lieu d'une pensée élaborée, faite d'enchaînements ou d'une nature similaire au raisonnement.

Brown & Ryan dans cette partie plus sémantique de leur travail et plus particulièrement dans la publication de 2004, réfléchissent principalement à partir des écrits de Bishop & al. (2004); Hanh (1976); Kabat-Zinn (1990) et de Thera (1972). J'aborde à l'instant cette dernière publication qui tente plus formellement d'obtenir une définition opérationnelle. Cependant, déjà dans les articles de Brown & Ryan (2003, 2004), je peux voir émerger un modèle fondé sur trois composantes essentielles: l'*attention* et l'*awareness* définissant le champ perceptuel, et le présent qui, lui, place le sujet dans une dynamique du « ici » (espace) et du « maintenant » (temps).

Bishop & al. (2004) revisitent sensiblement les mêmes auteurs et d'autres pour arriver à une somme qui sera la base de leur propre tentative d'en arriver à une définition opérationnelle. Ils notent eux aussi l'origine bouddhique du *mindfulness* et, via Silananda (2002), mettent en relief l'objectif ultime du bouddhisme qui est la cessation de toute souffrance personnelle. Cet objectif est bien sûr grandement servi par la pratique de la méditation. Son aspect « curatif » est aussi présent quoique d'une manière beaucoup moins centrale et surtout beaucoup moins affirmée dans la transposition qu'est le *mindfulness*, prudence oblige.

Leur modèle se base aussi sur deux composantes majeures. Celles-ci sont en gros des développements de l'*attention* et de l'*awareness*, mais plus axés vers des processus que des états. Il y a d'abord la *Self-Regulation of Attention* qui veut que cette dernière soit

maintenue centrée dans l'expérience immédiate et soit de la sorte axée vers les événements mentaux du présent.

En somme, nous suggérons que le *mindfulness* puisse être défini, en partie, comme l'auto-régulation de l'attention, laquelle suppose une attention soutenue, le déplacement de l'attention, et l'inhibition du processus d'élaboration. Dans ce contexte, le *mindfulness* peut être vu comme une habileté méta-cognitive. (traduction libre, Flavell, 1981)

On aura noté la nuance concernant la méta-cognition qui est quelque peu en contradiction avec l'affirmation de Brown & Ryan (2004). Je me permets toutefois d'en faire un moindre cas ici car le fait que l'on préserve de part et d'autre la notion d'inhibition d'une pensée de nature réflexive (qui construit, enchaîne les idées, élabore, etc.) diminue de beaucoup la portée de cet attribut. Dans le présent essai, cet aspect est pour ainsi dire sans conséquence. L'aspect méthodologique sous-entendu dans cette partie de la définition et ses résonances pratiques sont pour moi beaucoup plus importants.

La deuxième composante s'ancre dans la notion d'*awareness* et se développe en *Orientation to Experience*. En fait, elle est une forme d'application de l'*awareness*, une manière de la pratiquer. L'expérience au moment présent du sujet est ce vers quoi s'oriente l'*awareness*, à laquelle Bishop & al. donnent les caractéristiques additionnelles suivantes: l'ouverture (*openness*), la curiosité (*curiosity*) et l'acceptation (*acceptance*). Il s'agit ici presque d'une attitude si ce n'est de l'aspect actif de l'orientation qui suppose la recherche d'un état particulier de la part du sujet. L'acceptation, quant à elle, a fait l'objet de beaucoup de considérations dans la littérature autour du *mindfulness*. Je crois que le fait d'inhiber toute élaboration de la pensée implique forcément l'acceptation, le

contraire supposerait une forme de jugement qui en lui-même est un raisonnement. Comme pour la méta-cognition, cette notion est pour moi et pour le moment périphérique bien que j'en saisisse les implications positives dans certains contextes, en particulier thérapeutiques. Il en va de même pour l'ouverture qui me semble un préalable obligé qui renforce l'aspect volontaire de la pratique et qui se pose à un niveau suffisamment élémentaire pour rejoindre l'implicite. La curiosité est elle aussi une notion valable, mais elle relève de la motivation et de l'attitude et introduit une dimension qui semble ne pas avoir effleuré d'autres auteurs à ma connaissance. Qu'elle soit nécessaire à une définition opérationnelle reste à explorer selon moi. Pour le moment, je me contente de remarquer qu'à défaut de contribuer solidement à une définition, elle peut s'observer avec une certaine objectivité dans la pratique et jouer un rôle d'indicateur. Bishop & al. n'aboutissent pas à une définition opérationnelle, c'est en chantier, mais ils nous en offrent une qui est néanmoins fort intéressante:

En résumé, nous percevons le *mindfulness* comme un processus de régulation de l'attention qui permet une prise de conscience sans élaboration par la pensée de l'expérience actuelle et une qualité d'être en relation avec sa propre expérience dans un esprit de curiosité, d'ouverture et d'acceptation. Nous percevons de plus le *mindfulness* comme un processus de visée introspective dans la nature du sujet et d'adoption d'une perspective décentrée sur les pensées et sentiments (Safran & Segal, 1990) de telle sorte qu'il puissent être expérimentés en fonction de leur subjectivité (à l'opposé de leur nécessaire validité) et de leur nature transitoire (à l'opposé de leur permanence). (traduction libre).

Il y a déjà là un éclairage bienvenu sur la pratique. Cette définition, combinée aux exercices de même nature faits par plusieurs autres auteurs, me permet de me lancer non pas dans une définition à mon tour, mais dans un court inventaire de notions qui encadreront ma pratique personnelle.

Éléments communs : Axes convergents

L'analyse de la littérature met en relief un certain consensus chez les auteurs en regard de ce que je peux considérer comme des éléments fondamentaux du *mindfulness*. La définition scientifique n'y est pas encore mais les auteurs, en général, pointent dans la même direction et utilisent un vocabulaire commun. Il y a des nuances qui divergent ça et là, il y a des éléments qui apparaissent ou changent de place dans chaque hiérarchie du sens ou du concept, mais pas de contradiction sur l'essentiel.

D'abord, on tend à diviser le concept de *mindfulness* en deux composantes : l'*attention* et l'*awareness*.

L'*attention* est spécifique. Elle est portée sur un objet unique et défini qui peut se nommer précisément. En faisant une analogie avec la géométrie, on pourrait dire que l'*attention* se porte sur un point.

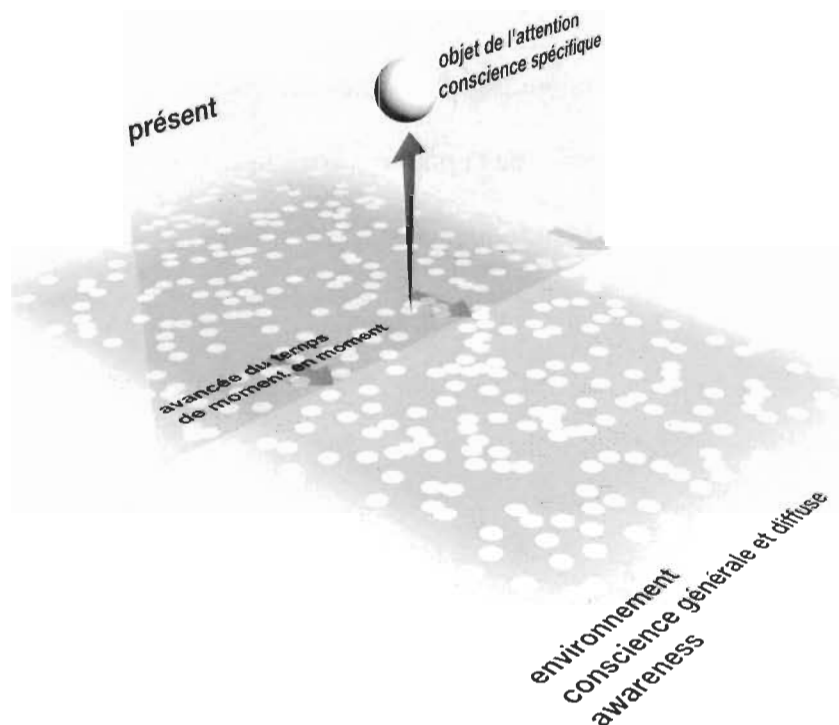
L'*awareness* est générale. C'est la conscience de l'environnement pris dans son ensemble. Mon analogie géométrique serait ici un plan ou un champ qui, en l'occurrence, contient une infinité de points qui peuvent éventuellement être l'objet de l'*attention*. Dans l'*awareness*, la conscience ne peut nommer son objet autrement qu'en termes génériques, voire vagues, comme, justement, « environnement », « milieu », etc.

Le présent transcende ces deux notions. Dans le *mindfulness*, l'*attention* et l'*awareness* ne doivent s'intéresser qu'au présent. Il y a là une intention de dépouiller l'objet et le contexte de leur historique et de leur potentialité pour tenter, en quelque

sorte, de les saisir le plus objectivement possible. Le passé et le futur portent en eux le risque de se traduire en rumination, en anticipation, ou en modes réflexifs d'élaboration ou de développement de la pensée qui amènent la conscience à s'éloigner ou à perdre de vue l'objet de l'attention au présent.

Le présent est une composante fondamentale du *mindfulness*. Il est une composante de la majorité des définitions de la *pleine conscience de soi* provenant en droite ligne des sources bouddhiques de la pratique.

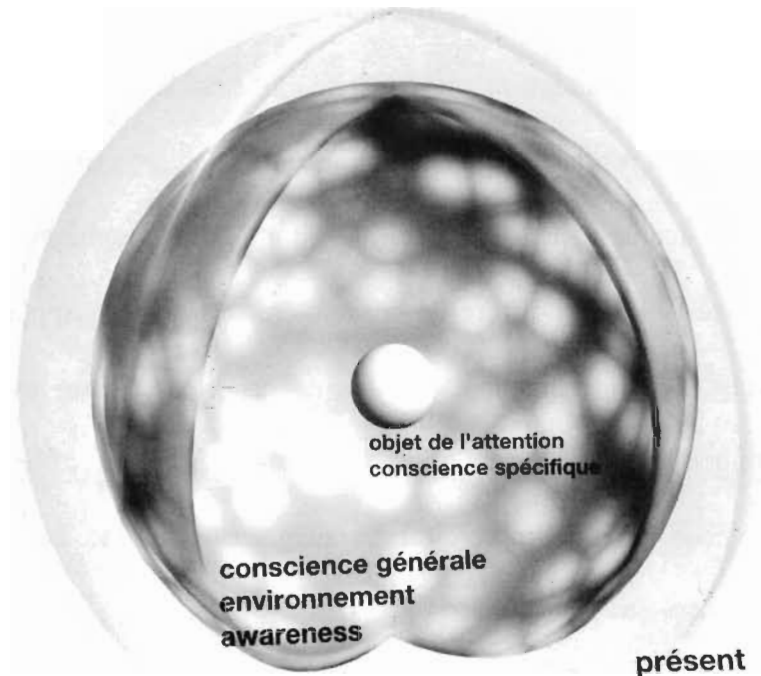
En conservant la métaphore géométrique, le *mindfulness* et ses trois composantes essentielles pourraient se modéliser ainsi (Figure2).



Le *mindfulness* a donc cette propriété a priori paradoxale d'être à la fois conscience de l'environnement et conscience d'un objet spécifique (pensée, sensation, mantra, etc.). La logique et l'expérience nous démontre qu'il y a alternance entre les deux. L'objet spécifique ne peut se choisir que dans un flux de pensée l'incluant ou à partir de la conscience qu'on puisse avoir de l'environnement ou de l'être en général.

L'attention spécifique portée à un objet est précisément ce que le *mindfulness* vise. L'apprentissage et la pratique permettent un contrôle accru, un maintien plus aisé de l'objet au centre de l'attention, une capacité plus grande d'écarter les éléments surgissant ponctuellement et rompant la concentration sur l'objet spécifique.

Une autre manière de représenter le *mindfulness* graphiquement pourrait se voir comme ce qui suit. Elle diffère de la première mais ne la remplace pas non plus. Ces deux façons de conceptualiser coexistent très bien à mon avis. À la rigueur, je rappellerai que les fonctions et notions qui sont mises en jeu par le *mindfulness* n'ont pas de modèle neurologique propre qui pourraient servir de base, en supposant bien sûr que ce dernier puisse être transposé.



J'en arrive donc à des modèles relativement simples sur le plan conceptuel. Ils ont l'avantage de se communiquer facilement et le désavantage d'être imprécis. Toutefois, cette imprécision est en partie héritée du fait que la définition opérationnelle n'est pas encore réalisée. Et on peut se demander si on pourra y parvenir. Sans nécessairement montrer les modèles graphiques aux patients à qui je proposerai la démarche, j'entends en faire une description verbale équivalente.

Mindfulness et Psychothérapie

Il y a différentes manières d'intégrer le *mindfulness* dans un contexte psychothérapeutique. Germer & al. (2005) décrivent trois manières distinctes et non

exclusives qui jettent un éclairage intéressant sur cette intégration et la rendent plus simple.

La première manière est celle où un thérapeute cultive le *mindfulness* en tant que méditant et qui en fait un outil dans le contexte de sa pratique quotidienne de psychothérapie. Ici, le *mindfulness* agit sur le thérapeute d'abord, alors qu'on s'attend à ce que toute forme thérapeutique soit d'emblée destinée directement au patient. La dimension expérientielle de ce principe possède sa propre logique. Le thérapeute se dote d'une connaissance personnelle et au premier degré de la pratique qui, de ce fait, quitte le champ de la théorie seule. Cela suppose aussi que le thérapeute jouit des bienfaits du *mindfulness* et que sa pratique thérapeutique s'en bonifie globalement.

La deuxième manière veut qu'un thérapeute emprunte des principes au bouddhisme et à la psychologie et en plus les utilise sur le plan personnel (Epstein, 1995, 1998; Goleman, 2003) ce qu'il nomme comme *Mindfulness-Informed Psychotherapy*. On remarque ici qu'il s'agit de rendre symétrique la pratique du *mindfulness*. Le thérapeute « pratiquant » enseigne au patient à devenir lui même pratiquant dans une dynamique où, souhaite-t-on, les bienfaits se retrouvent en bout de piste de chaque côté. Ce principe n'est pas sans rappeler une relation maître-disciple à l'orientale, par opposition à une relation professeur-élève standard, où l'enseignant n'est pas obligatoirement ou nécessairement praticien de ce qu'il enseigne. Dans cette dernière dynamique, le transfert de l'expérience ou de la méthode prime. Que le communicateur profite ou non

de cette connaissance au même titre que son récepteur n'a pas d'importance. Seuls comptent les effets bénéfiques pour le patient.

La troisième façon est justement presque parfaitement en ligne avec ce que je viens de décrire. Le thérapeute enseigne le *mindfulness* tout en demeurant attaché à son cadre théorique (Bennett-Goleman, 2001; Brantley, 2003; Segal et al., 2002). C'est ce que l'on nomme la *Mindfulness-Based Psychotherapy*. Le thérapeute utilise le *mindfulness* comme un outil thérapeutique spécifique visant à soulager ou à amenuiser un état de souffrance du patient.

En résumé, ces auteurs définissent trois modes d'application du *mindfulness* : le thérapeute lui-même, le thérapeute et le patient en pratique et symétriquement, et chez le patient dans une pratique guidée par un thérapeute qui ne pratique pas nécessairement lui-même. Donc, pour certains auteurs, la démarche est d'abord et avant tout au niveau personnel, pour d'autres, le *mindfulness* est un cadre théorique et pratique qui englobe la relation thérapeutique, et enfin, pour certains, le *mindfulness* est un outil thérapeutique pour le patient.

À l'heure actuelle, ces trois modes sont possibles et peuvent être utilisés dans un contexte thérapeutique donné. Pour l'instant, cela demeure une question personnelle pour le thérapeute. En ce qui me concerne, je suis vraiment plus à l'aise avec l'idée de la pratique à priori sur le plan personnel, puis, et peut-être, de son utilisation sur le plan clinique, ce qui semble aussi partagé par plusieurs auteurs-cliniciens.

Entraînement au mindfulness

Il pourrait y avoir en théorie plusieurs façons de pratiquer ou, comme se plaisent à le dire certains auteurs, « cultiver » le *mindfulness*. On remarque cependant que deux manières sont plus largement prisées pour ce faire. Une première se fonde sur un entraînement formel au détachement des activités de la vie quotidienne ou plus particulièrement de leur aura d'implications, d'anticipations et de jugement pour apprendre à être simplement dans l'expérience du moment présent (Crane, 2004). Le pratiquant se trouve alors en présence des phénomènes intérieurs ou extérieurs dans leur immédiateté : sensations physiques, respiration, pensées, perception de manifestations diverses dans l'environnement. Il apprend à se centrer sur un aspect spécifique du large champ qui l'entoure ou qui l'habite et développe ainsi sa concentration. On mentionne souvent dans la littérature trois méthodes de type formel qui se centrent sur le corps du sujet (Kabat-Zinn, 1990); Segal & al., 2002). D'abord le *bodyscan* ou « balayage corporel », une technique d'exploration systématique et relativement détaillée du corps par la conscience ; ensuite la conscience soutenue de la respiration et enfin, la conscience du mouvement. J'y reviendrai plus tard.

Une autre forme de la pratique est décrite comme informelle, moins structurée, et vise à s'entraîner à prendre conscience dans ses activités quotidiennes du moment présent avec une attitude d'acceptation. Toute activité, telle que manger, marcher, faire la vaisselle, généralement faite de manière automatique, devient une opportunité de pratiquer la pleine conscience. Par exemple, pour « manger *mindfulness* », on prête

attention en notant les différents gestes que l'on fait pour s'alimenter. Il s'agit de sentir, de goûter, de regarder les aliments qui se trouvent dans notre assiette. Il s'agit d'observer les mouvements des muscles de la mâchoire lorsque nous mastiquons et le processus lorsque l'on avale. Ainsi, une action qui est souvent faite sur le « pilote automatique » devient un geste fait en pleine conscience, elle devient l'objet d'observation attentive d'instant en instant.

Les deux façons de faire, formelle et informelle, sont complémentaires. Elles se supportent mutuellement et constituent une pratique qu'on pourrait qualifier de « complète » du *mindfulness* en ce sens qu'elle amène la personne dans une démarche de présence constante à soi et aux événements de la vie de tous les jours. Pour Kabat-Zinn, le *mindfulness* n'est pas une technique, mais une façon d'être qui, en cela, se différencie de la relaxation qui vise généralement à diminuer l'anxiété ou le stress. Le *mindfulness* ne vise pas à « aller quelque part », mais plutôt de permettre au sujet d'être là où il se trouve, pleinement conscient des expériences qui se présentent de moment en moment, plaisantes ou déplaisantes.

Grossman (2004) synthétise bien le *mindfulness* en soulignant six aspects reflétant les hypothèses sous-jacentes du *mindfulness*:

- 1) nous sommes très souvent inconscients du moment présent et nous agissons souvent de manière automatique;
- 2) nous avons le potentiel de développer une attention soutenue au contenu mental;

- 3) cette habileté se développe progressivement et exige une pratique quotidienne;
- 4) la conscience du moment présent entraîne la découverte d'un sens de la vie plus grand et plus riche;
- 5) l'observation du contenu mental favorise une plus grande justesse de nos perceptions et
- 6) une perception plus précise de nos réponses mentales aux stimuli externes et internes nourrit le sentiment d'un meilleur contrôle de nos actions.

Ici encore, et à plus forte raison comme thérapeute, je me permets de mentionner que ce que souligne Grossman est fondamental dans le cadre de la relation thérapeutique.

Psychothérapie basée sur le mindfulness

En 2003, Baer a révisé la psychothérapie basée sur le *mindfulness*, ce qui l'a amené à décrire au moins cinq interventions cliniques possibles. La première et la plus souvent citée est un traitement de groupe qui a émergé au début des années 1980 dans un contexte hospitalier pour la gestion de la douleur chronique, soit le *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) de Kabat-Zinn. 10,000 patients auraient suivi ce programme dans sa clinique en date de 1999, 16 000 en date de 2004. Il s'est parallèlement développé considérablement aux États-Unis. Aujourd'hui, ce programme est offert pour différentes problématiques de difficultés d'ordre émotionnelles et comportementales.

Une autre approche a pris ses racines à partir de la MBSR, soit le *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) de Segal & al. (2002). Elle est aussi offerte à des groupes et

s'utilise spécifiquement pour des patients qui ont présenté au moins trois épisodes dépressifs. Segal & al. (2002) ont démontré que pour cette clientèle l'application de ce programme pouvait réduire le risque de rechute dépressive.

D'autres auteurs ont aussi choisi d'utiliser le *mindfulness* comme intervention complémentaire à leur traitement de base (Hayes, 1999; Linehan, 1993a, 1993b; Marlatt, 1985). Toutes ces applications thérapeutiques enseignent une forme d'entraînement mental afin de réduire la vulnérabilité cognitive et ainsi permettre un mieux-être émotionnel (Bishop et al., 2004). Elles peuvent toutes être offertes en groupe ou en individuel.

À la prochaine rubrique, je décrirai le *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), stratégie thérapeutique sur laquelle je fonde mon essai, de même que le *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT). Tous deux sont manualisés et offrent la base de l'entraînement formel et informel au *mindfulness*.

Mindfulness et la réduction du stress (Mindfulness-Based Stress Reduction - MBSR)

Kabat-Zinn et ses coll. de l'Université du Massachusetts ont développé en 1979 le programme MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*). Au départ, deux objectifs étaient poursuivis par l'utilisation du *mindfulness*: d'abord, le programme devait agir positivement sur la santé et réduire le stress; ensuite, il devait pouvoir être utilisé dans un contexte hospitalier pour des problèmes d'ordre physique et émotionnel comme le stress, la maladie et la douleur. Les auteurs voulaient que leur programme soit complémentaire au traitement médical et non une solution de remplacement. Encore

aujourd'hui, le programme MBSR ne prétend pas être un traitement spécifique, mais il se situe davantage comme une approche psycho-éducationnelle.

Le programme est d'une durée de huit semaines à raison de deux heures et demie par semaine, soit vingt heures de méditation en groupe. Une journée intensive de *mindfulness* est aussi proposée aux participants et permet de s'entraîner sur plusieurs heures avec peu de distractions. Habituellement, les groupes sont constitués d'une population hétérogène et ils ne sont pas construits en fonction d'un critère spécifique, comme par exemple le groupe d'âge ou la problématique. Le nombre de participants est d'environ trente pour un thérapeute, soit un ratio comparable à celui d'une classe standard.

Les séances comprennent l'enseignement et la pratique du *mindfulness*, des discussions sur l'entraînement, sur le lien entre le corps et l'esprit et sur la gestion du stress. Un entraînement individuel de *mindfulness* formel d'environ quarante-cinq minutes par jour est aussi demandé aux participants. L'objectif est d'apprendre à être présent aux stimuli internes (les pensées, les sensations corporelles et les émotions), aux stimuli externes (les interactions avec les autres, l'environnement) et à la réciprocité entre les deux. On enseigne aux participants le *mindfulness* formel et informel. Par exemple, ils apprennent le *mindfulness* de la respiration, des sensations corporelles, de la marche, le *bodyscan* et le *mindfulness* à l'intérieur des activités de la vie quotidienne.

De plus, sept attitudes sont décrites et utilisées par le thérapeute à l'intérieur du programme et sont le fondement du *mindfulness* :

- *le non jugement* défini comme la capacité à identifier ce qui se passe sans établir un jugement;
- *la patience*, qualité qui nous invite à être et à demeurer calme devant ce qui nous arrive dans la vie. Il s'agit de se rappeler volontairement qu'il ne faut pas être impatients avec nous-mêmes, parce que nous sommes tendus, agités ou inquiets;
- *l'esprit du débutant*, une attitude d'ouverture où chaque moment est perçu comme s'il était unique. L'entraînement au *mindfulness* encourage à voir les choses comme si elles se présentaient pour la première fois, avec la curiosité dans le moment présent et non à partir de nos croyances;
- *la confiance*, selon Kabat-Zinn, celle que l'on s'accorde pour être précis, est fondée sur l'écoute de soi plutôt que sur des signaux et sur des guides à l'extérieur de soi. Nous nous posons ainsi comme les experts de notre propre expérience;
- le passage en mode *être* plutôt qu'en mode *faire*. La différence est, selon Segal & al. (2002), la suivante : le mode *faire* se fonde sur le désir de diminuer l'écart entre comment les choses sont réellement et comment nous aimerions qu'elles deviennent. Il y a clairement une motivation, un objectif visé, tandis que le mode *être* se définit par l'absence d'un objectif à atteindre. Il ne cherche pas à réduire la différence entre l'état réel et désiré, il

ne cherche pas à atteindre un état spécial. Il ne suppose que de prêter attention à ce que l'on ressent;

- *l'acceptation* est cette capacité de voir les choses comme elles sont dans le moment présent sans vouloir qu'elles soient autrement. Il faut faire abstraction du fait que l'on aime ou que l'on n'aime pas ce que l'on voit pour prendre conscience et accepter les choses « bonnes » ou « mauvaises » dans une perspective plus large nous permettant de réagir plus globalement;
- et finalement le *laisser-aller*, compétence importante dans l'entraînement au *mindfulness*, vise à cultiver une attitude de détachement ou de « non attachement ». Il faut laisser aller l'expérience telle qu'elle se présente et simplement y prêter attention sans chercher à la supprimer, à la rehausser ou à y demeurer. C'est une partie fondamentale du *bodyscan* et de la conscience de la respiration. Le fait de devenir conscient du vagabondage de l'esprit, qui est normal, et d'être capable de revenir à la respiration et au corps est plus utile que d'en demeurer conscient tout le temps. Pour sa valeur d'analogie ou de métaphore, l'expiration est l'outil naturel du laisser-aller.

Une parenthèse s'impose ici. À la lecture de ce qui précède, on aura compris l'influence qu'a Kabat-Zinn sur les définitions courantes du *mindfulness*. Cependant, je me garde d'en faire une en amalgamant les différentes caractéristiques qu'il donne comme nécessaires. Le *non-jugement*, *l'acceptation* et le *laisser-aller* sont des notions fortement apparentées qui s'incluent mutuellement. La *patience*, *l'esprit du débutant* et la *confiance* sont des notions qui aident à l'enseignement de la pratique et qui ne peuvent

que rester à un niveau pragmatique. Les concepts dont je faisais état alors que j'examinais les éléments d'une définition utilisable dans le cadre de cette recherche-action sont mieux adaptés parce que pensés pour cela. Kabat-Zinn cherche plus à nous donner un mode d'emploi ici qu'à définir le *mindfulness*, ce qu'il fait d'ailleurs d'une manière différente.

Selon Kabat-Zinn (1994), l'entraînement au *mindfulness* dans le contexte du programme MBSR nous invite à entrer dans le moment en pleine conscience, avec l'intention de vivre du mieux que nous le pouvons ce moment dans une orientation de calme et de stabilité, ici et maintenant. L'entraînement au *mindfulness* ne peut être qu'expérientiel et c'est en ce sens que les participants doivent s'engager à s'entraîner en classe et à la maison, et à participer à une journée intensive dans le but de cultiver la « pleine conscience » dans les activités de la vie quotidienne. D'ailleurs, il est important de le nommer, cet engagement est le principal critère pour l'acceptation dans le groupe de formation.

Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT)

Segal & al. se sont intéressés au *mindfulness* dans une perspective d'intégrer ce concept comme une forme d'entraînement au contrôle attentionnel d'abord parce qu'ils y ont retrouvé des points convergents avec leur approche cognitive. Ils ont été formés par l'équipe de Kabat-Zinn et ont décidé d'utiliser la même structure en développant un

programme de prévention spécifique pour les personnes qui ont eu trois ou plus épisodes dépressifs.

Le programme consiste à offrir un traitement sur huit semaines à raison d'une fois semaine pour une durée de deux heures, soit seize heures. À la différence du MBSR cependant, il est restreint à dix au lieu de trente participants. Plusieurs auteurs intègrent une journée intensive permettant aux participants d'approfondir leur compréhension d'eux-mêmes (ce qui est très relatif, j'en conviens) dans un contexte de méditation. Des exercices quotidiens informels et formels d'une durée d'environ quarante-cinq minutes font aussi partie du programme. Chaque séance comprend : une méditation guidée formelle (soit le *bodyscan*, la méditation assise, la méditation en mouvement ou « l'espace de respiration ») et une discussion de groupe où le rôle du thérapeute est de favoriser les échanges autour de l'expérience des participants. Ils explorent leurs difficultés qu'ils rencontrent et discutent sur le développement de leurs habiletés et capacités pour l'entraînement en classe ou à la maison. La séance offre aussi une partie psychoéducative en lien avec la nature et le fonctionnement de la dépression et la présentation de stratégies pour faire face à la rechute dépressive.

Plusieurs objectifs sont poursuivis : développer la capacité à identifier les signes avant-coureurs d'une rechute; amener la prise de conscience de leurs sensations corporelles, de leurs émotions et de leurs pensées, moment après moment; développer une manière d'être différente devant leurs sensations corporelles, leurs émotions et leurs pensées, plus spécifiquement encourager l'acceptation et la reconnaissance pleinement

consciente des sentiments et des pensées non souhaités de préférence aux habitudes automatiques et préprogrammées; et finalement développer la capacité de choisir la réponse la plus adéquate aux pensées, sentiments ou situations qu'ils rencontrent (Segal & al., 1999).

Il existe aussi d'autres approches qui utilisent le *mindfulness*, qu'il s'agisse de nommer Marsha Linehan avec la thérapie comportementale dialectique (1993), Steven Hayes avec la thérapie par l'acceptation et l'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy - ACT*) et Alan Marlatt avec la thérapie de la prévention de la rechute. Tous ces auteurs ont à leur façon adapté le *mindfulness* en fonction de leur clientèle. Ce n'est pas l'objet de cet essai de présenter leurs travaux mais il est important de mentionner leur contribution.

Processus d'action du mindfulness

Les auteurs intéressés par le *mindfulness* ont tenté de fournir des explications sur ses processus d'action en psychothérapie. Il faut toutefois se rappeler qu'il s'agit d'une pratique spirituelle millénaire que nous adaptons à un domaine clinique comme la psychologie, et cette « importation » plutôt récente entraîne que les processus activés sont encore mal connus. Cependant, Baer (2003) dans le cadre de ses recherches mentionne cinq processus d'action qui seraient mobilisés par le *mindfulness*: l'exposition, le changement cognitif, la gestion de soi, la relaxation et l'acceptation.

Exposition

La première étude est celle de Kabat-Zinn en 1982 qui utilise le *mindfulness* basé sur la réduction du stress (MBSR) avec des patients souffrant de douleurs chroniques. On demande aux patients de s'exposer aux sensations de leurs douleurs, tout en gardant une attitude de non jugement envers leurs sensations, leurs pensées, leurs émotions et leurs envies fortes de changer de position qui accompagnent souvent leurs sensations de douleurs. L'exposition à la douleur peut amener une désensibilisation et une réduction de la réactivité émotionnelle. Ainsi, si la douleur persiste, la souffrance et la détresse psychologiques peuvent tout de même diminuer. Le même mécanisme peut s'appliquer pour des problématiques comme la dépression (Teasdale, 1995) et l'anxiété (Kabat-Zinn, 1992). De façon similaire, l'entraînement à l'observation des pensées anxiogènes ou dépressogènes peut amener une diminution des réactions émotionnelles. Dans le cas de l'anxiété, on peut apparenter ce processus à l'exercice d'exposition intéroceptive de Barlow & Craske, 2000, reconnue efficace.

Linehan (1993a, 1993b) quand à elle utilise avec les personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite le *mindfulness* dans un contexte d'exposition aux états émotionnels intenses. Selon l'auteur, l'observation prolongée des pensées et émotions associées, sans tentative de les éviter, permettrait l'extinction des réponses de peur et de comportement d'évitement. On retrouve ici les principes de base de l'approche comportementale.

Comme le précise Philippot (2007), l'entraînement au *mindfulness* demande assurément de s'exposer de manière prolongée en prévenant la réponse de fuite, d'évitement et de non acceptation de l'expérience. Il s'agit d'être avec l'expérience, sans chercher à la fuir ou à la nier. Encore ici, on note des similitudes avec les techniques utilisées pour les troubles obsessionnels-compulsifs.

Changements cognitifs

Plusieurs auteurs ont observé que l'entraînement au *mindfulness* pouvait conduire à des changements métacognitifs ou d'attitude vis-à-vis les pensées. Dans les études de Kabat-Zinn (1982,1992) sur la douleur et l'anxiété, les patients apprennent à observer leurs pensées pour ce qu'elles sont et non comme un reflet de la réalité, ce qui les amène à diminuer leur réactivité émotionnelle.

Linehan (1993a, 1993b), à l'intérieur de son programme avec les patients présentant un trouble de personnalité limite, leur enseigne que l'observation et la description des pensées et des émotions peuvent favoriser une meilleure compréhension de ce qui se passe vraiment dans la réalité. Par exemple, vivre un sentiment de peur, n'implique pas nécessairement qu'il y a un danger.

Pour Teasdale & al. (1995) l'entraînement à la focalisation attentionnelle de manière consciente favorise le désamorçage des boucles de pensées négatives qui ont tendance à s'autoalimenter lors de périodes dépressives. Les patients en apprenant d'une part à observer leurs pensées de manière adéquate et spécifique, et d'autre part, à rediriger leur attention dans le moment présent créent ainsi une opposition aux pensées ruminatives

abstraites et générales souvent centrées sur des périodes passées ou futures. De plus, comme dans la thérapie cognitive, les pensées sont perçues comme n'étant que des pensées (et non la réalité). Cette relativisation est aussi induite par l'entraînement au *mindfulness*.

De son côté, Watkins (2004) souligne que le changement que le *mindfulness* permet d'opérer sur les boucles de ruminations mentales qui maintiennent les affects négatifs en est probablement la particularité la plus intéressante.

Gestion de soi

Selon Kabat-Zinn (1982), la prise de conscience de douleurs corporelles et des réponses au stress quand elles se produisent rendent les personnes plus aptes à utiliser différentes stratégies d'adaptation. Teasdale (1995) mentionne que l'entraînement au *mindfulness* peut permettre la reconnaissance de signes dépressifs et la mise en place de stratégies adaptées. Le *mindfulness* demande de l'auto-observation et entraîne ainsi une connaissance plus grande de soi et de ses réactions émotionnelles automatiques. Le pratiquant peut en retirer une capacité plus aiguisée afin de déceler les signes avant-coureurs d'une fragilisation psychologique.

Relaxation

Plusieurs études sont arrivées à des résultats selon lesquels l'utilisation de techniques méditatives comme le *mindfulness* pouvait induire la relaxation (Benson, 1975; Wallace, Benson, & Wilson). Mais le but général du *mindfulness* n'est pas de produire un état de

relaxation, même si cela peut arriver, mais de développer l'habileté à observer ce qui se passe dans le moment présent avec une attitude d'ouverture.

Acceptation

L'acceptation est une attitude centrale du *mindfulness*. La plupart du temps, nous avons tendance à vouloir maintenir ce qui est agréable et à éloigner ce que nous n'aimons pas, que ce soit sur le plan cognitif, émotif ou comportemental. Le *mindfulness* encourage l'ouverture aux difficultés de manière acceptante. Il tente d'amener l'acceptation de la douleur, de pensées, d'émotions et d'envies fortes sans tenter de les changer, de s'en échapper ou de les éviter. Il s'agit d'un processus d'acceptation active de notre réalité telle qu'elle est et non de résignation (Philippot, 2007). La thérapie d'acceptation et d'engagement de Hayes et la thérapie dialectique comportementale de Linehan en font aussi état : un changement émotionnel profond n'est possible que quand l'individu a reconnu et accepté l'émotion qui l'habite, avec ses implications en termes de buts et de désirs, avoués ou non.

Similitudes et différences entre le *mindfulness* et la thérapie cognitive comportementale

Philippot (2007) résume sommairement ce qui rapproche et distancie le *mindfulness* et la thérapie cognitive comportementale. On observe d'emblée plusieurs points en communs. D'ailleurs, plusieurs auteurs qui intègrent le *mindfulness* à leur approche ont comme formation de base la thérapie cognitive comportementale. Une des premières similitudes mentionnées tient à la durée des interventions, soit huit séances pour le MBSR et MBCT. Une deuxième similitude se retrouve dans le fait que les deux

programmes sont manualisés avec un souci de validation empirique, rigueur scientifique constante dans les thérapies cognitives comportementales.

L'ensemble des processus d'action, que ce soit l'exposition, la gestion de soi, le changement cognitif, la relaxation ou l'acceptation sont mobilisés. Dans la thérapie cognitive comportementale, ils le sont de manière directe et dans le *mindfulness*, de manière indirecte. Enfin, les deux approches sont intéressées à ce qui se passe maintenant. Cependant, l'approche cognitive comportementale part généralement des difficultés actuelles et met en perspective l'histoire de la personne, alors que dans le *mindfulness* seuls comptent l'ici et le maintenant.

Les deux approches se distinguent surtout lorsque l'on considère les objectifs thérapeutiques. La thérapie cognitive comportementale a des objectifs spécifiques qui ont été discutés et négociés avec le patient. Ces objectifs seront évalués ponctuellement en cours de traitement pour mesurer la progression. Le *mindfulness* se situe à l'opposé de la recherche d'un but à atteindre. Il vise davantage à être « un mode de vie ». Dans le même sens, l'analyse des pensées n'est pas prônée dans le *mindfulness* contrairement à la thérapie cognitive comportementale où, au contraire, le contenu et la confrontation de ses pensées sont un enjeu majeur de la thérapie.

Philippot (2007) souligne l'importance pour le thérapeute utilisant le *mindfulness* d'être un méditant. J'adhère complètement à ce point de vue. Suite à mon expérience comme méditante qui est présenté au chapitre 4, je suis convaincue que le *mindfulness* n'est pas une technique et qu'il doit être pratiqué et suffisamment intégré pour ainsi

penser à l'utiliser dans un contexte thérapeutique. Le thérapeute est un guide et un modèle dans un processus de développement personnel, ce qui le distingue du rôle de thérapeute en thérapie cognitive comportementale qui enseigne et guide la personne dans des apprentissages spécifiques.

Mindfulness, où en sommes-nous ?

Que disent les études sur l'efficacité du mindfulness. L'auteure la plus souvent citée concernant l'efficacité du *mindfulness* est Baer (2003) qui a publié un article important résumant l'état actuel des connaissances scientifiques. Présentement, il existe pour plusieurs problématiques telles les troubles anxieux, les dépressions, les troubles de conduites alimentaires, la douleur chronique, une présomption d'efficacité du *mindfulness*. On retrouve une efficacité évaluée de « modérée » à « bonne » pour les deux programmes MBSR et MBCT, et Baer (2003) conclut qu'ils sont conformes aux critères de traitement probablement efficaces.

Une équipe française (Philippot, 2006a), pionnière dans la mise en application de la pleine conscience de soi, a aussi démontré des effets favorables de cette stratégie avec des patients présentant de l'acouphène chronique invalidant. Il y a donc un intérêt marqué pour rendre le *mindfulness* une stratégie probante, appuyée par des données empiriques.

Epstein (de l'approche psychodynamique), Gendlin (de l'approche humaniste), Davidson (de la neuropsychologie), Csikszentmihalyi (de l'approche positive), ont tous intégré à leur façon le *mindfulness* dans le cadre de leurs travaux. Je ne développerai pas

ici la pensée de chacun, car ce n'est pas l'objet de ce travail, mais je me permettrai au passage de souligner la richesse de ces travaux et leur valeur pour la compréhension du fonctionnement de l'être humain.

Plusieurs cliniciens de différentes écoles de pensée l'utilisent dans leur approche clinique de problématiques variées telles les dépendances, la dépression, l'anxiété, les troubles alimentaires, l'impulsivité, etc. Incidemment, on remarque un intérêt grandissant pour le *mindfulness*.

Chapitre 4

If you want truly to understand something, try to change it. (Kurt Lewin)

Temps 4 : L'expérimentation

Pour cette quatrième partie, je présente l'évolution de ma pratique du *mindfulness* sur le plan personnel et professionnel. Je commence en présentant un résumé de mes notes prises sur une période s'échelonnant de février 2007 à mai 2008 et mes commentaires personnels concernant ma pratique méditative. Puis, je décris mon utilisation professionnelle du *mindfulness*. Je présente deux dossiers, un traitant d'une problématique d'anxiété sociale et l'autre d'un traitement de groupe touchant une problématique de comorbidité (psychose/toxicomanie) où le *mindfulness* s'est inscrit comme un outil complémentaire au traitement.

Mon expérience, comme méditante

Je n'ai aucune expérience de méditation. Toutes les approches contemplatives me sont totalement étrangères. Tout ce que je sais c'est que je dois changer : comment je ne le sais pas. Je suis toujours en arrêt de travail et je prends des notes à chaque fois que je fais de la méditation. Je suis persuadée que c'est le bon moment pour amorcer ce projet expérimentiel. J'ai peu de contraintes, sinon une fatigue persistante et une douleur fluctuante élevée, mais je peux pratiquer mes exercices à l'heure qui me convient.

Comme je l'ai mentionné, j'ai commencé mon initiation au *mindfulness* par des lectures de base, les « classiques » dans le domaine du *mindfulness* : les auteurs comme Kabat-Zinn, Goleman, Bennett-Goleman, Weiss, Segal, Baer et Salzberg m'apportent un éclairage intéressant en expliquant leur vision de la méditation. Tous mentionnent l'importance d'être méditant pour saisir le sujet. « Cessez de lire et pratiquez » est un thème récurrent.

Je suis en apprentissage absolu. Je décide de commencer ma pratique en m'inspirant du programme de Kabat-Zinn qui a une durée de huit semaines. Il y a différents exercices proposés que l'on peut utiliser dans des contextes formels et informels afin d'expérimenter pleinement le *mindfulness*. Dès le départ, je m'impose une certaine rigueur pour intégrer ma pratique dans mon quotidien. J'ai cette impression d'en avoir besoin. Je ressens ce besoin de comparer cela à mes lectures, mais, heureusement, avec le temps je deviens plus souple, ce qui diminue la pression du « faire » au profit de l'« être ».

Ma première méditation est le *bodyscan*, en français le « balayage corporel », qui est la base de la pratique formelle du *mindfulness* dans le programme de Kabat-Zinn (1990). Il s'agit de s'allonger sur le dos et de fermer nos yeux, puis de déplacer notre attention dans les différentes régions de notre corps et d'expérimenter (ou non) les sensations corporelles qui s'y rattachent. L'exercice d'une durée de quarante-cinq minutes se termine par une centration sur la conscience du corps comme un tout. Chaque fois que l'attention est distraite que ce soit par une pensée, une image, une sensation, un bruit ou

n'importe quel autre distracteur, on est invité à en prendre conscience le plus pleinement possible et à rediriger notre attention sur le point de focalisation de l'exercice (Philippot, 2007). De plus, on est encouragé à cultiver une attitude d'acceptation et de patience. Selon Kabat-Zinn, cette méditation développe la concentration et la flexibilité de l'attention de manière simultanée. L'habileté à prêter attention aux sensations corporelles est le premier entraînement du *mindfulness*, que ce soit dans le programme de Kabat-Zinn, 1990 ou de Segal & al., 2002.

Dès le début de mon entraînement, je me heurte à des obstacles importants. Puisque je suis en arrêt de travail, je peux choisir le moment où je me sens disponible et en « forme » pour méditer. Mais malgré cette possibilité, je me retrouve souvent dans un état de détente profonde et je m'endors fréquemment pendant une partie ou presque toute la séance. De plus, je constate l'omniprésence de la douleur. Elle se situe à différents endroits et je la ressens intensément lorsque je fais cet exercice. Cette douleur s'observe plus discrètement lorsque je suis dans mon quotidien. On pourrait même dire que je ne l'entends pas, c'est une douleur sourde. Je suis aussi en mesure d'observer mon impatience. Je me juge constamment, car j'ai de la difficulté à faire cet exercice. Je suis négative parce que je ne sais pas trop ce qui doit se passer et je me demande comment je peux évaluer si c'est correct ou pas. J'applique des règles par-dessus les consignes de l'exercice. Par exemple, je n'arrête pas de me dire lors de l'exercice du balayage corporel : « Ne t'endors pas ». À ce moment-là, j'ai l'impression que je ne comprends pas et que je n'y arriverai pas. D'ailleurs, il m'est très difficile d'avoir cette attitude de détachement. Je prends conscience que je fais cela parce je veux me protéger

d'une rechute et que je souhaite tellement retrouver ma condition physique. J'ai tendance à chercher un état de bien-être, une énergie positive, ce qui probablement encourage ma pratique quotidienne. De toute évidence, je ne maîtrise pas les qualités du méditant, je n'ai pas l'esprit du débutant, j'accepte difficilement ce qui se passe, je n'arrive pas à lâcher prise.

Malgré tout, je m'accroche. Après une semaine, et à raison de quarante-cinq minutes par jour, je n'arrive pas à faire cet exercice sans m'endormir. Je décide de poursuivre cet exercice avant d'en commencer un deuxième. Déjà, je me distancie du programme de Kabat-Zinn pour l'ajuster à ce que je vis. Et j'y ajoute des exercices informels qui font partie de toutes pratiques méditatives. Il s'agit essentiellement d'exercer une attention méthodique pendant les nombreuses activités de la vie quotidienne que ce soit de manger un fruit, de se brosser les dents, de conduire sa voiture, et ainsi de suite. Le méditant se centre sur l'expérience du moment présent et prête son attention aux informations corporelles, sensorielles, cognitives et émotionnelles qui peuvent se manifester durant l'activité. Je prends plaisir à ce genre d'exercice qui d'une part, m'est très accessible et d'autre part, est pragmatique. Je prends conscience de mes comportements au quotidien, de ma tendance extrême à faire plusieurs choses en même temps. La plupart du temps, je suis sur le pilote automatique ne prêtant pas ou peu attention à ce qui se passe pour moi et dans mon environnement. Je constate que je fais beaucoup de choses toujours dans la perspective de gagner du temps. Ce zapping cognitif m'épuise physiquement et psychologiquement.

Suite à la pratique régulière de l'exercice formel de *bodyscan*, j'ai poursuivi en ajoutant la méditation assise qui consiste à se centrer sur sa respiration et à être pleinement conscient lorsqu'on inspire et expire du début à la fin. Au départ, il s'agit de pratiquer la pleine conscience de la respiration, puis du corps, des sons et des pensées. Cette pratique peut durer de 30 à 40 minutes. Selon Segal & al. (2002), l'important n'est pas d'éviter que l'esprit vagabonde, ce qui est normal, mais d'apprendre à devenir plus intime avec la manière dont il se comporte. L'idée est d'apprendre à ramener systématiquement et autant de fois qu'il est nécessaire son attention au point d'ancrage de la méditation.

Un seul mot qualifie la poursuite de mon apprentissage : « éprouvante ». Je suis encore étonnée de constater comment mon entraînement a été difficile. Au début, je prends conscience de la présence d'une symptomatologie similaire à un stress post-traumatique (des images répétitives et envahissantes provoquant de l'anxiété; de la détresse lors de l'exposition à des indices internes (toux, essoufflement, fatigue) ou externes (entendre des mots comme opération, poumons, voir des émissions sur la maladie) ; des efforts pour éviter des pensées, des sentiments ou des conversations associées à la maladie et l'ampleur de certains symptômes tels que des images effrayantes qui ne se manifestent que lors de la méditation assise.

J'ai de la difficulté à me concentrer et à rester assise pendant cinq minutes. Je m'engage systématiquement dans l'action pour fuir ou altérer ces images. Toutes les fois que je commence la méditation assise, rapidement s'installe un inconfort. Lorsque je

ferme mes yeux, je sens monter un flux d'émotivité et je vois des images en cascades, des paroles, des moments qui me perturbent. Je pleure souvent. Après quelques minutes, j'utilise l'évitement expérientiel pour tenter d'oublier rapidement ce « mauvais moment », ce souvenir douloureux. Mon attitude paradoxale favorise le développement et le maintien de mon état de stress puisque je dois « apprendre à gérer mon énergie » pour contrer la fatigue résiduelle.

Pendant plusieurs semaines, je fais cet exercice les yeux mi-fermés afin de rester dans ce contexte méditatif. Progressivement, avec la patience, l'ouverture et un peu de compassion pour moi-même, je deviens habile à observer mon expérience intérieure dans une perspective plus large. J'apprends à « surfer » sur ces émotions intenses, à regarder les images et les pensées qui apparaissent sans chercher un refuge dans l'action. Bref, je les apprivoise et je les accepte sans réagir par des comportements de fuite.

En plus de l'évitement, j'ai aussi tendance à l'autoévaluation, tant au niveau de ce qui se passe réellement, « mon expérience », que des résultats atteints ou non. J'essaie d'avoir une attitude mentale d'ouverture à ce qui se passe, une attitude de curiosité bienveillante qu'il est important de garder comme le décrit Kabat-Zinn. L'exercice devient une simple expérience ou un jeu de centration de l'attention.

Cette attitude de bienveillance m'est favorable. Je commence à être conciliante avec moi-même et je me répète des centaines de fois « je fais de mon mieux » et « ce qui est important, c'est mon expérience à ce moment-ci ». Je prends de plus en plus conscience de ce que je vis et comment je l'expérimente. Je m'offre la possibilité d'être en relation

de manière différente avec mes pensées, mes émotions, ma douleur et mon expérience. Une certaine forme de bien-être associée à cet état volontaire et conscient. Je suis plus paisible face à moi-même, j'accepte ce qui se passe au moment présent. J'apprends à observer, j'apprends à écouter, j'apprends à rester là sans chercher à fuir, j'apprends à m'arrêter et à regarder... Progressivement, je ressens un calme, une paix intérieure.

La *méditation en mouvement* est aussi suggérée et vise à maintenir la conscience, moment après moment, des sensations qui accompagnent les mouvements tout en laissant aller les pensées ou émotions en lien avec ces sensations (Segal & al., 2002). J'expérimente la méditation en mouvement par la marche en forêt et la pratique du yoga. Je suis plus à l'aise avec ce type d'exercice. J'apprends à écouter ce qui se passe, à prendre soin de mon corps. J'ai l'impression que je commence à accepter de vivre avec lui. J'arrive à accepter de faire de l'exercice sans que cela se transforme en entraînement athlétique et tout en y prenant du plaisir. Je relâche progressivement la discipline que je m'impose depuis des années.

Sommairement, je résumerais les différents exercices que j'utilise depuis plus d'un an de la façon suivante : le *bodyscan* m'aide à écouter ce qui se passe au niveau corporel. Cet entraînement est un bon indicateur de mes douleurs physiques et la prise de conscience de celles-ci me permet de m'ajuster, donc de prendre soin de moi, de travailler, de faire de l'exercice et de me reposer en me respectant davantage. La méditation assise et en mouvement est plus facile à mettre en place au quotidien. Ce sont mes temps d'arrêt. La durée varie en fonction du temps que j'ai pour l'exercice. Chose

certaine, j'accepte que la méditation soit plus courte, mais je la fais. Je ne m'impose pas ce critère de durée et cela facilite ma pratique quotidienne.

Parallèlement, l'intégration du *mindfulness* dans mon quotidien est vraiment bénéfique sur le plan psychologique. C'est le constat que je fais, c'est-à-dire que lorsque je m'arrête et que je décide que je fais telle ou telle chose, je suis disponible. Je prends conscience que de nombreuses activités quotidiennes étaient perçues comme des corvées et que maintenant elles sont ce qu'elles sont. Le problème n'étant pas l'activité en soi, mais mon impatience et mon désir de gagner du temps.

Aujourd'hui, je comprends et je vis cette notion d'intégrer le *mindfulness* au quotidien afin qu'il devienne une façon d'être ou un mode de vie. L'entraînement à la méditation m'amène à développer cette conscience aiguisée et me donne un pouvoir sur ce qui se passe ou pas dans ma vie. J'apprends à développer ma sensibilité dans la vie de tous les jours en faisant les choses consciemment et en demeurant dans le moment présent. Je tente de vivre le quotidien sans chercher la fuite et je garde à l'esprit ce mantra « je fais de mon mieux ». De plus, ce qui m'aide à maintenir ma pratique quotidienne c'est ce sentiment de bien-être. Je me sens plus présente, plus dans l'ici et maintenant.

Cependant, la pratique du *mindfulness*, cultiver la pleine conscience, que ce soit agréable ou non, et en arriver à se dégager de ses vieilles habitudes mentales demeure plus facile à dire qu'à faire. Je continue ma pratique en utilisant de manière non structurée différents exercices selon le moment, le temps que j'ai de disponible et en

tenant compte de mon état d'esprit. Je suis rendue là. Tout en pratiquant, je continue mes lectures qui m'aident à demeurer ouverte et à me questionner davantage sur le sens que je veux donner à mon existence.

Il m'apparaît évident à ce stade-ci que je retire de grands bénéfices à utiliser le *mindfulness* sur le plan personnel. Cependant, je me questionne sur son utilisation au niveau professionnel ou, du moins, sur la manière de l'utiliser. Dans la partie qui suit, je présente mes premières expériences dans deux contextes professionnels différents, l'un comme psychologue clinicienne et l'autre comme superviseuse.

Mon expérience professionnelle

La deuxième partie est liée à mon expérience professionnelle et je m'inspire de l'approche méthodologique des travaux de Tripp (2003) qui travaille avec un terme générique élargi, soit l'« investigation par l'action » (*action inquiry*) et qu'il définit de la façon suivante:

L'investigation par l'action (*action inquiry*) est un terme générique pour l'utilisation délibérée de toute forme de cycle d'investigation incluant *planification, action, description et révision* dans un domaine pratique. La pratique réflexive, la pratique diagnostique, l'apprentissage par l'action, la recherche action et l'action étudiée (*researched action*) sont des investigations par l'action (Tripp, 2003).

J'ai repris mon travail à l'Institut Universitaire en santé mentale et ma pratique en bureau privé. Dans le cadre de ma recherche-action, j'ai sélectionné un nouveau patient, un jeune homme présentant de l'anxiété et où j'intègre le *mindfulness* à mon cadre théorique qui est surtout cognitif. Par la suite, je présente un dossier où mon rôle est davantage comme superviseuse d'une équipe travaillant auprès de patients présentant un

trouble concomitant, soit une schizophrénie et une dépendance à l'alcool ou aux drogues. Et afin de me permettre d'harmoniser, de clarifier et de réfléchir constamment sur mes interventions, j'ai choisi de suivre les étapes d'un processus cyclique:

1. Intention : Motifs de consultation et plan de traitement.
2. Stratégies : Sommaire des interventions intégrant le *mindfulness*.
3. Évaluation : Observations et évaluation de la pratique du *mindfulness*.
4. Réflexions.

Les données personnelles et institutionnelles sont masquées pour ne pas être reconnaissables. Toute ressemblance éventuelle est par conséquent fortuite.

Dossier # 1: Anxiété

Intention : Motifs de consultation.

Monsieur Bujold est un homme âgé de 28 ans. Il vit en appartement avec son amie depuis plus de six ans. Le couple n'a pas d'enfant. Il travaille comme technicien à temps complet et termine une scolarité de maîtrise. Actuellement, il est en arrêt de travail depuis trois mois. Sa conjointe est infirmière et travaille à temps complet. M. Bujold est l'aîné d'une famille de trois enfants. Son père est ingénieur et sa mère professeure. Le patient parle de ses parents comme d'un couple idéal, amoureux et aimant la vie. Monsieur nous mentionne qu'il est très près de sa mère et que celle-ci l'a toujours soutenu, ce qu'elle fait encore. M. Bujold a été référé en psychologie par son médecin traitant pour des symptômes anxio-dépressifs.

Monsieur Bujold rapporte vivre de l'anxiété depuis son jeune âge. Il dit avoir toujours été timide et parfois ridiculisé de sa gêne dans le contexte scolaire et spécifiquement dans des activités où il devait faire des présentations orales en individuel ou en groupe. Les sports d'équipe ont aussi été des situations de stress, car il était peu doué et de petite taille. Il se souvient d'avoir pratiqué des habiletés sociales avec l'aide de sa mère avant de se rendre à des fêtes, ce qu'il appréciait et l'aidait beaucoup.

À l'âge de 15 ans, ses parents ont déménagé dans un milieu anglophone. La famille se retrouve dans une petite ville pour une durée indéterminée. À ce moment-là, il ne maîtrise pas la langue anglaise. Immédiatement, il se sent isolé, anxieux et déprimé. Il n'a pas d'ami et perd sa motivation pour les études. Il rencontre quelques personnes, dans la même situation que lui, et c'est à ce moment-là qu'il s'initie à différentes drogues. Il devient de plus en plus isolé et fume quotidiennement du cannabis. Il cesse l'école et pendant près de quatre mois, il reste à la maison à ne rien faire. Il vit encore aujourd'hui l'humiliation de l'échec de son secondaire III. Ses parents sont inquiets, mais impuissants. D'ailleurs, il mentionne qu'il croit que sa mère a fait une dépression et que c'est pour cette raison que la famille est revenue au Québec.

De retour au Québec, M. Bujold termine son secondaire à l'éducation aux adultes. Il demeure assez solitaire et a peu d'activité à l'extérieur de la maison. À son entrée au Cégep, il présente des difficultés au niveau interpersonnel vivant beaucoup d'anxiété. Les cours où des exposés oraux sont exigés sont systématiquement évités. À cette période, M. Bujold vit à deux reprises des attaques de panique qui l'ont amené à

l'urgence. On lui conseille de consulter ce qu'il fait pendant trois à quatre séances. Il commence à réduire sa consommation de cannabis et à faire des efforts pour s'exposer davantage aux situations anxiogènes. Il affirme que son amie lui a redonné confiance et sécurité.

M. Bujold dit qu'il était heureux et qu'il avait plusieurs activités sociales plaisantes jusqu'à récemment. Au niveau professionnel, il se sentait bien jusqu'à ce que son supérieur lui demande de le remplacer pour la présentation d'un projet à un colloque international. Il mentionne qu'il ne peut pas refuser ayant lui-même travaillé sur ce dossier et que les enjeux sont trop importants, pour l'organisation, ses collègues et lui-même. Il mentionne qu'il se sent ridicule et mal à l'aise et qu'il devrait être heureux de cette proposition. Mais l'inverse se produit, il vit la confiance de son supérieur comme une grande souffrance (« c'est un calvaire, je suis vraiment pathétique ») et il ne veut pas lui parler de ses difficultés.

Depuis la décision de son supérieur, deux à trois crises d'anxiété par semaine ont commencé à apparaître pour en venir à être manifestes au quotidien et dans des contextes sociaux différents : il évite son supérieur immédiat, quelques collègues et certains endroits : l'épicerie, le centre d'achat, prendre un repas au restaurant et toutes les nouvelles situations sociales sont devenues potentiellement une source d'anxiété. Deux attaques de panique se sont aussi produites au travail où il a dû quitter en disant qu'il se sentait mal.

L'anxiété est reconnue comme excessive et se manifeste avec une sensation à la gorge, une difficulté à avaler ainsi qu'une crainte de vomir, ce qui peut effectivement se produire à l'occasion. Il décrit des sensations d'étourdissement et d'étouffement, une respiration rapide, de la transpiration et une crainte de perdre le contrôle. Ses crises ont amené M. Bujold à éviter certaines situations surtout celles impliquant les relations interpersonnelles. Un arrêt de travail jumelé à une médication (Paxil 20 mg) ont été les premières interventions suggérées pour cet épisode avec recommandation de consulter un psychologue. M. Bujold a reçu comme diagnostic un trouble d'adaptation avec humeur anxio-dépressive associée à des attaques de panique.

À l'évaluation, on constate que M. Bujold entretient comme croyance qu'il n'est pas à la hauteur et qu'il se sent inadéquat. Il croit également que les autres peuvent le rejeter et le trouver « anormal ». Selon les croyances de M. Bujold, la vie est insécurisante et parsemée de difficultés. L'anxiété est surtout liée aux situations sociales telles que manger au restaurant, faire de nouvelles rencontres et des présentations devant un public. Afin d'apaiser son anxiété, M. Bujold utilise plusieurs stratégies comme l'évitement, l'utilisation de comportements sécurisants, une tendance à la vérification, stratégies qui diminuent que partiellement et temporairement son anxiété.

Les conséquences sur le plan biologique, psychologique et social sont donc importantes. M. Bujold vit de la tension musculaire, des maux de cœur et des problèmes de digestion. L'estime de soi est affectée, un sentiment de tristesse et de doute est présent. Les relations interpersonnelles sont réduites et on note de l'insécurité au niveau

de sa relation amoureuse. Sur le plan professionnel, il refuse les opportunités intéressantes d'avancement et se maintient dans un poste en deçà de ses capacités. M. Bujold rapporte se sentir assez bien pour débiter une thérapie et veut reprendre ses activités qui depuis son arrêt de travail ont été très réduites. Il veut se rendre au colloque pour présenter son projet. La motivation est élevée et selon les stades de changement de Prochaska, on peut la situer à mi-chemin entre la préparation et l'action.

Les cibles thérapeutiques sont essentiellement centrées sur l'anxiété. La thérapie proposée comprend les aspects suivants : de la psychoéducation, de l'auto-observation de situations anxiogènes, d'une prise de conscience des pensées automatiques liées à ces situations, d'une sensibilisation au *mindfulness* et, enfin, de l'exposition graduelle *in vivo* aux situations anxiogènes jumelées à de la restructuration cognitive concernant les croyances liées à l'anxiété.

Actions : Sommaire des interventions intégrant le mindfulness

Je résume ici globalement mes interventions habituelles et j'élabore davantage les actions où j'ai intégré des exercices de *mindfulness*.

Séances 1 à 4

Les quatre premières séances de la thérapie sont centrées sur l'évaluation clinique. Mon objectif est de créer la relation thérapeutique et de compléter une analyse fonctionnelle touchant spécifiquement la problématique d'anxiété. Des informations sont fournies sur le diagnostic et le type de thérapie proposé.

Dès la deuxième séance, je débute l'entretien par un exercice de *mindfulness*. Je choisis un exercice non menaçant, simple et accessible, soit « trois minutes d'espace de respiration » (Segal & al., 2006). Je propose cet exercice au quotidien à raison de trois fois par jour. La tenue d'un journal est aussi suggérée. La consigne de base est simple : chaque fois que votre esprit vagabonde, notez brièvement ce qui l'a détourné, puis du mieux que vous pouvez, ramenez votre attention à votre respiration.

À la troisième séance, M. Bujold me rapporte son expérience de la semaine avec l'exercice trois minutes d'espace de respiration. Il a pris des notes, mais avoue que plusieurs notations ont été faites de mémoire. Il rapporte avoir de nombreuses pensées et de l'inconfort presque immédiat lorsqu'il débute l'exercice. Il m'explique avec une certaine gêne, mais surtout avec irritation, sa difficulté à trouver du temps pour faire l'exercice. Il affirme en utilisant différentes expressions: « si je n'arrive pas à trouver du temps alors que je suis en arrêt de travail, il y a assurément quelque chose qui cloche chez moi ». À l'analyse de cette pensée, on constate un thème récurrent touchant la notion de temps : « est-ce que cette thérapie va m'aider et rapidement pour que je puisse me rendre au colloque ». Cette anticipation anxieuse entraîne de l'ambivalence au niveau du traitement et de son résultat. Mais surtout, ce qui est manifeste, c'est ce doute par rapport à lui-même : « est-ce que je suis capable de répondre adéquatement à une thérapie? » (nouveau et difficulté). M. Bujold mentionne souvent: « j'ai toujours été comme ça » ou « il y a des choses que l'on ne peut pas changer ». Il demeure très centré sur la recherche d'un résultat immédiat, donc en plus de cette recherche d'efficacité rapide qui entraîne du découragement, il ajoute un niveau d'incompétence qu'il attribue

à ce qu'il est comme personne. Ainsi, en plus des ruminations anxiogènes, il y a beaucoup d'autocritique : il se décrit comme une personne anxieuse, mais en plus, il ajoute qu'il se trouve sans grande intelligence, allant jusqu'à questionner la décision de son supérieur pour le représenter au colloque.

À cette séance, une liste hiérarchique de situations angoissantes est établie et concerne essentiellement les interactions sociales. Des explications concernant le principe de l'exposition lui sont fournies et rassure M. Bujold. Et nous terminons l'entretien, par l'exercice « trois minutes d'espace de respiration ».

À la quatrième séance, je présente la carte cognitive à M. Bujold et nous discutons des objectifs thérapeutiques. M. Bujold rapporte avoir été plus discipliné avec l'exercice trois minutes d'espace de respiration et surtout plus indulgent avec lui-même. Il a repris quelques activités sociales et les résultats ont été satisfaisants. À partir de ce sentiment de confiance, nous commençons le travail cognitif. À toutes les séances, nous regardons avec M. Bujold, à partir de situations récentes, les pensées automatiques, les émotions et les stratégies comportementales en lien avec ces schémas.

Séances 5 à 10 : Restructuration cognitive et mindfulness

Les séances cinq à dix sont centrées sur la dimension cognitive avec comme objectif de diminuer la fréquence des pensées automatiques négatives et d'assouplir le contenu des cognitions par rapport à soi, aux autres et au futur. Parallèlement, j'utilise deux exercices de *mindfulness* : le bodyscan (balayage corporel) et la méditation assise comme exercice autoaidant (Segal & al., 2006).

Séances 10 à 15

L'exposition et la restructuration cognitive se sont bien déroulées. M. Bujold a repris son travail, satisfait, mais anxieux d'entendre parler du projet. Les exercices de *mindfulness* ont soulevé quelques obstacles que M. Bujold a eu de la difficulté à gérer et qui ont favorisé l'activation de ces schémas (échec, vulnérabilité) et de ces stratégies d'adaptation (procrastination, évitement).

À la dixième rencontre, aucun essai n'a été tenté concernant le deuxième exercice proposé vers la quatrième séance, soit le *bodyscan*. M. Bujold nous mentionne qu'il n'arrive pas à trouver du temps pour faire cet exercice et il croit que le contexte n'est pas favorable : « je suis trop préoccupé pour parvenir à me relaxer ». Nous lui rappelons que le but est de prendre conscience de ce qui se passe au moment où cela arrive et nous lui suggérons de l'essayer et simplement d'observer son expérience.

À la séance onze, M. Bujold rapporte avoir fait la pratique à trois reprises, mais avec peu de succès. M. Bujold a l'impression qu'il n'y arrive pas et la plupart du temps, il est envahi par ses pensées et facilement distrait par son environnement. Il mentionne aussi que lors de la pratique de l'exercice il devient rapidement somnolent ou s'endort. Pour lui, réussir cet exercice signifie de ne pas dormir et de ne pas avoir de vagabondage mental. Nous lui mentionnons que le but est de s'entraîner à changer sa relation avec ses pensées et non à les arrêter ou à les supprimer.

Les séances douze, treize et quatorze sont assez stables et nous commençons à intégrer la méditation assise, exercice que M. Bujold a immédiatement apprécié. M.

Bujold a pratiqué environ trois fois semaine le *bodyscan* et on le sent moins critique face à son entraînement et à lui-même. Il n'a pas eu de manifestation d'anxiété débordante. Au travail, il continue à se sentir de mieux en mieux et prend conscience de ses patterns d'évitement auxquels il fait face immédiatement. Depuis son retour au travail, il n'a refusé par évitement qu'une seule fois un dîner qu'il a analysé avec l'outil « microanalyse d'un écart » (exercice fait en thérapie) pour mieux comprendre ce qui s'était passé.

À la quinzième séance, M. Bujold se présente à l'entrevue avec une plus grande ouverture. Il s'est construit un horaire pour poursuivre son entraînement du *bodyscan* et de la méditation assise. Sa conjointe a aussi débuté son initiation. M. Bujold trouve aidant l'attitude de son amie qui l'encourage à prendre du temps pour lui. M. Bujold se décrit comme calme, il se sent plus dégagé de ses ruminations anxiogènes et se dit plus habile à en prendre conscience et à les observer sans une recherche démesurée de les supprimer. Son attente à ce que les choses se passent autrement fait place à son engagement dans l'expérience directe.

Il mentionne qu'il se répète régulièrement quelques phrases utilisées en thérapie : « du mieux que vous le pouvez, prêtez attention à ce qui se passe, sans chercher à repousser ou à éliminer quoi que ce soit; soyez curieux, ne cherchez pas à vous emparer du problème ».

Observation et évaluation de l'entraînement au mindfulness

Après quinze séances, nous convenons de poursuivre le suivi à raison d'une fois par mois. Les rencontres sont évaluées en fonction des besoins de M. Bujold. Après un mois, M. Bujold mentionne se sentir beaucoup mieux. Il pratique la méditation assise et le trois minutes d'espace de respiration quotidiennement en utilisant comme règle : « si j'arrête maintenant ces exercices, je ne pourrai pas me rendre au colloque ». Son objectif vise la relaxation dans un contexte de performance. Cette rigidité est diamétralement à l'opposé de ce qu'est le *mindfulness* qui vise davantage des attitudes d'acceptation et de lâcher prise. Nous l'encourageons à utiliser les exercices dans le moment présent et à observer comment ces exercices sont différents à chaque pratique, l'idée étant de cultiver une attitude de détachement face à son anxiété et d'en arriver à laisser-aller ce désir de la réduire.

Le deuxième mois de suivi, M. Bujold se présente avec une attitude plus décontractée. Sa manière d'être et de s'exprimer est plus souple. Il a poursuivi les exercices en tenant compte de notre suggestion et a établi un horaire plus adapté en fonction de son occupation. En ce moment, il cultive le *mindfulness* tous les jours en utilisant des exercices formels et informels d'une durée variable, mais qui lui sont plaisants. M. Bujold prend conscience de sa tendance à évaluer constamment ce qu'il fait en terme de réussite ou d'échec (schéma perfectionniste). Il affirme qu'il cherche toujours à atteindre un moment de détente et de diminution de son anxiété lorsqu'il est en méditation. Il considère son entraînement structuré et se dit déçu de ne pas parvenir à

des résultats de manière systématique. En même temps, il fait le lien entre ses efforts et l'augmentation de son anxiété et de sa détresse psychologique. L'acceptation de ses expériences internes demeure difficile et le lâcher prise ne se produit pas facilement. Sa tendance à l'élaboration de scénario « catastrophique » demeure une lutte.

Le troisième mois de suivi a été particulièrement intéressant et motivant pour M. Bujold. Sa présentation au colloque s'est bien déroulée et il se dit prêt à poursuivre les stratégies mises en place depuis le début de la thérapie. Depuis le début du suivi, il n'a fait aucune attaque de panique et son anxiété a diminué significativement. Il est satisfait et désire poursuivre son cheminement sur le plan personnel dans le cadre d'une prévention de rechute.

Réflexion et pistes pour améliorer ma pratique.

M. Bujold a été ma première expérience d'intégration du *mindfulness* dans le contexte d'une thérapie. Je suis partie avec l'idée que sa souffrance et sa grande motivation seraient des éléments suffisants pour accepter les différents exercices. Mais dès le début de la thérapie, l'objectif de M. Bujold de supprimer ou de contrôler son anxiété et d'obtenir des résultats ont interféré rapidement sur sa motivation. Et comme thérapeute, j'ai dû m'ajuster avec cette fluctuation motivationnelle et l'amener à voir que ses attentes élevées et irréalistes de gérer complètement ses expériences intérieures étaient en soi une partie du problème.

En soi, l'entraînement du *mindfulness* est exigeant et peut même devenir une source de stress. Ainsi, dès le début des séances de thérapie, j'ai proposé des exercices de

mindfulness, dans la perspective d'explorer avec M. Bujold le rôle de ses émotions dans sa vie, même celles qui sont souffrantes comme l'anxiété. Puis, je l'ai amené à prendre conscience de son désir de maîtriser ses expériences internes, ce qui entraînait souvent une augmentation de sa détresse psychologique. Mais M. Bujold, bien que comprenant le rationnel, demeurait réticent à vivre ses émotions. C'est à ce moment-là que je suis revenue à des stratégies cognitives et comportementales, par exemple de la restructuration cognitive et des exercices d'exposition et de prévention de la réponse. J'ai pensé que devant ses obstacles, M. Bujold devenait à risque d'abandonner la thérapie. Le *mindfulness* a été mis en arrière-plan et j'ai repris mon cadre cognitif en utilisant la notation de différentes situations anxiogènes, ce qui a favorisé l'augmentation de sa prise de conscience de ses comportements. À la suite de l'analyse de ses propres expériences, M. Bujold a accepté de faire face à ses expériences émotionnelles. M. Bujold a utilisé plus spécifiquement trois exercices : trois minutes d'espace de respiration, la méditation assise et les exercices de *mindfulness* informels où il a appris à accepter et à vivre ses expériences intérieures au lieu de chercher à les fuir.

De cette expérience professionnelle, j'arrive à dégager quelques constats de la thérapie qui démontrent un possible effet de l'entraînement du *mindfulness* et que je résume de la manière suivante:

La prise de conscience de M. Bujold de sa tendance à se centrer sur les événements futurs (à l'opposé de diriger son attention dans le moment présent). À ce sujet, les exercices informels de *mindfulness* ont été très aidants.

La prise de conscience que ses pensées ne sont pas des faits. La méditation assise a été utile pour M. Bujold parce qu'elle lui a permis d'écouter et d'entendre ce qui se passait à l'intérieur de lui. Ce n'est qu'en s'arrêtant que l'on peut entendre et M. Bujold a pris conscience qu'à certains moments il devenait effectivement beaucoup dans l'action, cherchant à fuir. Aujourd'hui, il se sent plus à l'aise devant ces expériences.

L'expérimentation de l'effet temporaire de son anxiété a permis à M. Bujold de comprendre l'impermanence des émotions qui viennent et passent. L'exercice d'apprendre à « surfer sur ses vagues émotionnelles » est maintenant plus apprécié.

Enfin, au cours du processus thérapeutique, M. Bujold a développé une attitude plus souple et une plus grande capacité à accepter les choses telles qu'elles sont.

Il va de soi que je ne peux conclure que l'ingrédient majeur de l'amélioration de l'anxiété de M. Bujold ait été la pratique du *mindfulness*. Certains processus d'action me semblent assez similaires à la thérapie cognitive par exemple : l'auto-observation, le changement cognitif et l'exposition intéroceptive. Toutefois, j'observe que l'attitude de M. Bujold face à son expérience anxieuse est teintée d'une plus grande ouverture et d'acceptation. Et cette attitude joue un rôle significatif quant à sa qualité de vie et opère positivement sur les boucles ruminatives et par conséquent sur les affects.

À vrai dire, je crois que les stratégies multimodales ont favorisé un mieux-être chez ce patient. Après un an, M. Bujold a poursuivi son entraînement de *mindfulness* à raison de deux ou trois fois semaine. Il s'est inscrit à des cours de yoga. Son anxiété, surtout au

niveau professionnel, est toujours présente et il l'accepte comme un ami. Il ne la fuit pas, mais lorsqu'elle se présente, il se questionne davantage sur ce qu'il veut ou ne veut plus dans sa vie permettant de diminuer son anxiété de performance. Selon M. Bujold, le plus grand bénéfice de son traitement et de la poursuite de son entraînement de *mindfulness* a été l'amélioration générale de sa qualité de vie, ce qui est considérable.

Dossier # 2 : Psychose et Abus de substances

Plan du suivi : Les motifs de consultation et le plan de traitement.

En 2007, on m'a demandé d'intervenir auprès d'une équipe de professionnels travaillant auprès d'une clientèle présentant un trouble concomitant (psychose et abus de substances). Mon rôle de superviseuse visait deux objectifs, premièrement, améliorer les habiletés d'intervention des membres de l'équipe de psychiatrie et de toxicomanie en utilisant différentes approches (motivationnelles, cognitives, comportementales et de *mindfulness*) et deuxièmement, construire un manuel des séances de groupe expérimentées auprès de la clientèle. Le défi était intéressant et j'étais confrontée à des difficultés importantes, qu'il suffise de mentionner les formations différentes des membres de l'équipe (deux éducateurs spécialisés, un ergothérapeute et un travailleur social), leurs niveaux d'expérience allant de deux à trente ans dans le milieu psychiatrique et la nouveauté de cette équipe. Par ailleurs, le trouble concomitant est reconnu par la communauté scientifique en soi comme un défi majeur pour les intervenants en psychiatrie et certaines qualités sont nécessaires voire essentielles, par exemple : la patience, la flexibilité, l'empathie, l'enthousiasme, les habiletés à structurer et à fournir les renforcements, la capacité à travailler en équipe et à se remettre en

question, être à l'aise à ne pas appliquer un modèle unique, mais différentes approches, être créatif et humble...

Ainsi, pendant presque un an, j'ai travaillé auprès de cette équipe et nous avons construit un programme de traitement intégré de groupe. Ce qui veut dire qu'une équipe de clinicien fournit les services de toxicomanie et de psychiatrie et de cette manière nous nous assurons que les patients reçoivent une explication uniforme et cohérente quant à leurs troubles et à leurs problèmes, plutôt que des messages parfois contradictoires provenant de différents intervenants.

À l'heure actuelle, le manuel comprend trente séances et quarante-cinq exercices. Les séances ont une structure similaire, soit : le suivi de la semaine, le thème principal, l'exercice et l'échange en groupe. Les séances ont une durée approximative de soixante minutes pour un groupe de quatre à cinq participants. Malgré le fait que les séances sont hautement structurées, l'importance est accordée à la dynamique de groupe.

Actions : Sommaire des interventions intégrant le mindfulness

À cette partie, je présente l'intégral de la première séance de *mindfulness*. Les écrits en guillemets sont le texte qui guide les animateurs lors de la séance. Je vais aborder l'utilisation de la séance auprès des patients, mais aussi l'impact de ce type de séance auprès des membres de l'équipe.

Mindfulness #1

Résumé de la séance

Cette séance vise à sensibiliser les participants à la gestion de l'anxiété. La séance est expérientielle et utilise des exercices de mindfulness, soit un exercice de respiration et un exercice nommé « le raisin sec ».

Début de la séance

« Bienvenue au groupe. »

Mot d'encouragement sur leur présence. Si vous avez décidé d'établir un programme de renforcement en fonction des présences, il peut être utile de mentionner les résultats.

1. « Nous allons débiter avec le suivi de votre consommation et de vos symptômes psychotiques. Qui veut commencer la séance (questions inscrites au tableau):

- Votre objectif concernant votre consommation
- Votre consommation durant la dernière semaine
- Votre évaluation de votre consommation : Écart/rechute ou plan de changement
- La présence ou non de symptômes psychotiques. Si oui, lesquels?
- Avez-vous une explication de leur présence?
- Avez-vous pris votre médication?

- Comment évaluez-vous votre humeur sur une échelle de 0 (très mal) à 10 (très bien)

Votre niveau de confiance d'atteindre votre objectif est de 0 (peu confiant) à 10 (très confiant) »

L'animateur utilise comme principales techniques d'intervention l'écoute, l'encouragement, la clarification des réponses. Si le groupe est restreint, il est possible d'approfondir, sinon poursuivre en tentant d'intégrer des éléments de réponse pertinents au thème de la séance. Le coanimateur prend en note les réponses des participants (annexe : Suivi de la semaine).

2. « Thème d'aujourd'hui : Anxiété »

L'objectif est de fournir aux participants des moyens pour apprendre à gérer leur niveau d'anxiété. En fonction de la formation et des intérêts des animateurs, différentes techniques peuvent être utilisées. Commencer la séance en créant un climat différent de celui qui prédomine habituellement. Enlever les tables et placer les chaises en cercle ou idéalement utiliser une salle de relaxation. Puis, proposer aux participants un exercice de méditation de courte durée. L'exercice 6.1 de respiration est suggéré.

Poursuivre la séance en leur demandant s'ils ont des commentaires. Les écouter sans jugement. Introduire le sujet :

« Nous allons aborder aujourd'hui un sujet que tout le monde vit, de façon ponctuelle ou fréquente : l'anxiété. Ici, on va en discuter aussi en fonction des envies fortes de consommer.

Est-ce qu'il y a quelqu'un qui peut me dire comment se manifeste l'anxiété?

Est-ce qu'il y a quelqu'un qui peut me dire comment se manifeste l'envie forte? »

Travailler en groupe. Écrire au tableau leurs réponses en les divisant en symptômes physiques, psychologiques et comportementaux. Donner un exemple pour chaque type de symptômes.

« Est-ce que vous voyez des points communs? »

Les écouter. Ne pas donner de réponse formelle.

Faire valoir l'importance d'être capable de reconnaître les signes d'anxiété, qui est une situation à risque fréquente pour la consommation.

Leur demander ce qu'ils ont retenu (anxiété et envies fortes de consommer). Compléter leurs réponses en mentionnant les points suivants :

« Ce qu'il est important de retenir :

L'anxiété et les envies fortes de consommer sont des états difficiles et désagréables;

L'anxiété et les envies fortes monopolisent notre attention;

L'anxiété et les envies fortes nous amènent à agir : par ex. consommer, et ce, même si on est motivé à faire autrement. »

Leur demander leurs commentaires.

3. Stratégies

« Maintenant, nous allons regarder ce que vous faites lorsque vous êtes anxieux?

Pause. »

Deux minutes de réflexion. Par la suite, créer une période d'échange sur leurs réponses.

Questions possibles :

Est-ce que vous utilisez ou pensez à utiliser ces stratégies?

Est-ce que ça vous aide?

Combien de temps avez-vous pratiqué les stratégies dites « moins efficaces » avant de les abandonner?

4. Exercice 6.2 : Le raisin sec

« Maintenant, nous allons poursuivre avec l'exercice 6.2 : le raisin sec. »

Cet exercice se veut une expérience concrète, non menaçante et même amusante de ce qui se passe dans le moment présent. Le fait que l'exercice est guidé facilite les efforts des participants à centrer leur attention.

5. Retour sur l'exercice

« Quel commentaire l'un d'entre vous aimerait-il faire sur ce que nous venons de vivre? »

Favoriser les échanges entre eux.

Conclure en leur mentionnant que l'exercice, simple en-soi, illustre comment la plupart du temps nous ne saisissons pas la valeur du moment présent. Donc, en tentant de prendre conscience de ce qui se passe dans notre quotidien cela peut nous aider à reconnaître les signaux d'anxiété ou d'envie de consommer par conséquent, cela peut nous aider à faire des choix et à nous sentir plus libres.

6. Fin de la séance.

Exercice 6.1 de respiration

« Installez-vous le plus confortablement possible. Vous pouvez vous allonger si vous le désirez.

La position assise convient très bien à cette technique. Sur une chaise ou un fauteuil, adoptez l'attitude qui vous plaît le plus. Évitez cependant de croiser les jambes ! Si vous

restez assis, il est préférable dans un premier temps de tenir la tête droite. Durant la relaxation, vous la laisserez se déplacer à votre aise.

Laissez aussi vos avant-bras et vos mains se poser confortablement sur les accoudoirs de votre fauteuil... ou se reposer sur les genoux.

Silence ! 30 secondes de préparation

Fermez les yeux

Et écoutez ma voix

Respirez légèrement et lentement

Laissez-vous aller

Inspirez lentement

Expirez lentement

Inspirez lentement

Expirez lentement

Inspirez lentement

Et en respirant, centrez-vous sur vous-même

Sentez comme tout votre corps se décontracte

Continuez à respirer légèrement et lentement

En inspirant soulevez et dilatez votre ventre

En expirant décontractez tout votre corps

Inspirez, soulevez votre ventre

Expirez

Pendant les 5 prochaines respirations

Chaque fois que vous inspirez, soulevez votre ventre

Chaque fois que vous expirez, laissez vous aller

Vous plongez de plus en plus profondément dans un état de paix et de relaxation complète

Maintenant écoutez votre respiration

Elle est paisible et décontractée

En inspirant lentement vous sentez l'air qui remplit votre corps lentement

Concentrez-vous sur votre respiration paisible en respirant paisiblement

En inspirant, sentez l'air qui remplit lentement votre corps

En expirant, sentez l'air qui quitte lentement votre corps

Suivez le rythme de votre respiration

Calme et décontractée »

Exercice 6.2 : Le raisin sec

« Je vais faire le tour du groupe et je vais donner à chacun quelques « objets ».

(Pause)

Maintenant, ce que j'aimerais que vous fassiez, c'est de vous concentrer sur l'un de ces objets et d'imaginer simplement que vous n'avez jamais rien vu de pareil auparavant. (Pause)

Imaginez que vous descendez de Mars à l'instant et que vous n'avez jamais rien vu de tel de toute votre vie. »

Note au lecteur pour la suite : Il y a au moins 10 secondes de pause entre les phrases. Les instructions sont données de manière neutre, à une cadence délibérément lente.

« Maintenant, je vais vous demander de m'écouter et de suivre mes consignes :

Prenez un de ces objets et tenez-le dans la paume de la main ou entre l'index et le pouce. (Pause)

Prenez soin de le regarder. (Pause)

Regardez-le soigneusement, comme si vous n'aviez jamais rien vu de tel auparavant. (Pause)

Tournez-le entre vos doigts. (Pause)

Explorez sa texture entre vos doigts. (Pause)

Examinez les reliefs où la lumière brille...les coins et les plis plus sombres. (Pause)

Laissez vos yeux explorer chacune de ses parties, comme si vous n'aviez jamais vu une telle chose auparavant. (Pause)

Et si, en faisant cela, des pensées vous viennent à l'esprit, telles que « c'est vraiment étrange ce que nous sommes en train de faire » ou « quel est le but de ceci » ou « je n'aime pas ces choses », alors, notez-les simplement comme des pensées et ramenez votre conscience vers l'objet. (Pause)

Et maintenant, sentez l'objet, prenez-le et portez-le à votre nez, et à chaque inspiration, remarquez soigneusement son odeur. (Pause)

Et maintenant, regardez-le à nouveau. (Pause)

Et maintenant, amenez lentement l'objet à votre bouche, en remarquant peut-être comment votre main et votre bras savent exactement où aller, en remarquant peut-être que votre bouche salive alors que l'objet s'approche. (Pause)

Et maintenant, mettez doucement l'objet dans votre bouche, sans le mordre, et remarquez de quelle manière il est « accueilli », en explorant simplement les sensations de l'avoir dans la bouche. (Pause)

Et lorsque vous serez prêts, mordez très consciemment dedans et notez le goût qu'il libère. (Pause)

Mâchez-le lentement...remarquez la salive dans votre bouche...le changement de consistance et de texture de l'objet. (Pause)

Ensuite, lorsque vous vous sentez prêts à avaler, regardez si vous pouvez d'abord détecter l'intention d'avalier au fur et à mesure qu'elle se forme dans votre esprit, de telle sorte que vous expérimentiez ceci consciemment avant même de réellement avaler l'objet. (Pause)

Pour terminer, examinez si vous pouvez suivre les sensations quand l'objet est avalé et descend dans votre estomac, tout en réalisant également que votre estomac contient un raisin de plus. »

Référence : Segal & al. (2006). La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience.

Observation et évaluation de l'entraînement du mindfulness

Cette séance a été expérimentée trois fois auprès de la clientèle présentant un trouble concomitant et se situe à la sixième séance du programme qui en contient trente. Elle vise à créer un climat de confiance chez les patients où l'acceptation et le non jugement de leurs expériences sont priorisés. À partir de deux exercices non menaçants, la respiration et le raisin sec, les animateurs ont comme rôle d'écouter et de s'intéresser à ce qui se passe dans le groupe. Cet aspect est très important et relativement difficile pour certains animateurs habitués à « enseigner » ou à résoudre des problèmes. Nous avons choisi de prioriser l'expérience des participants et pour ce faire, il était nécessaire d'être à l'écoute de ce qu'ils vivent et de ce qu'ils comprennent. En suivant le rythme des

participants, les animateurs se centrent sur la relation et sur ce qui se passe « ici et maintenant » dans le groupe.

Pour ce qui est de la réaction des patients à cette séance, ils sont souvent d'une grande et belle ouverture. Ils acceptent de faire les exercices et sans se censurer. Leurs commentaires sont brefs et descriptifs. Et surtout, ce que nous observons, ce sont les échanges et les rires entre eux. C'est remarquable parce qu'ils ont généralement tendance à demeurer dans leurs univers. Ceci nous indique aussi à quel point le climat devient détendu.

Mais comme superviseuse, le résultat le plus tangible est probablement la motivation de l'équipe qui a augmenté significativement. Lors des supervisions, j'ai observé un langage différent, un sentiment de sécurité amenant une ouverture au questionnement pour améliorer leur pratique et leurs interventions. L'équipe a accepté de se questionner et de remettre en question certaines stratégies afin de structurer le groupe. Par exemple, l'équipe a observé sa tendance à être « interventionniste ». Elle a aussi noté une utilisation d'un langage hétérogène et une tendance à expliquer longuement certains concepts (beaucoup de psychoéducation). À partir de ces constats, l'équipe a décidé de donner davantage d'espace à l'expérience des participants et par le fait même de leur permettre d'avoir des échanges informels. De plus, elle a cherché à uniformiser les termes utilisés en se souciant que les participants puissent se les approprier. Elle a aussi appris à mettre l'accent sur l'essentiel, à ralentir le débit et à accepter que l'agenda de certaines séances se déroule différemment.

Je pense vraiment que mon attitude, mon savoir-être, a pris une dimension importante auprès de cette équipe, et ce davantage que mon savoir-faire. En cherchant à mettre en place des qualités telles que : une attitude de non jugement; en demeurant dans le mode être, en étant plus à l'écoute et plus concentré à ce qui se passe dans l'équipe, je crois être présentement un thérapeute un peu plus « *mindful* ».

Dans le contexte du programme intégré de groupe, on compte présentement six heures exclusivement centrées sur le *mindfulness*. Après huit mois de traitement de groupe, les participants ont été sensibilisés à différents exercices de méditation pour les aider à composer avec l'anxiété et leurs envies fortes de consommer. Il s'agit de différents exercices qui visent à reconnaître leurs stratégies et à identifier et accepter leurs pensées et émotions en apprenant à se décentrer et à rester dans le moment présent. Les animateurs sont plus à l'aise avec les approches de méditation et ont commencé à les utiliser dans d'autres contextes que le groupe (par exemple, dans les milieux résidentiels) pour guider les patients. Je terminerais en mentionnant que certaines supervisions débutent maintenant par une courte méditation et nous permet de s'entraider et de renforcer notre pratique.

Réflexion et pistes pour améliorer ma pratique

Cette expérience est à deux niveaux, comme clinicienne et comme superviseure. D'une part, l'utilisation du *mindfulness* auprès des patients présentant un trouble concomitant a été surtout fait de manière informelle et dans une perspective de gestion d'anxiété et d'envies fortes de consommer. Pour les patients, la pratique à l'extérieur du

programme est presque impossible à ce stade-ci, et de leur demander de s'arrêter et d'écouter ce qui se passe, sans paniquer et sans fuir (généralement par la consommation) ne peut pas se faire. Mais l'idée sous-jacente c'est de vivre une expérience en groupe pour ainsi les aider à accepter leurs émotions sans chercher à les supprimer ou les éviter. Le but est de leur apprendre à « surfer sur ses vagues émotionnelles » en observant leurs différents signaux corporels, émotionnels et cognitifs, plaisants ou non, et de les encourager à les accepter sans se juger. Ainsi, plus ils seront en mesure d'accepter leurs émotions, de remarquer leurs pensées et de pas y répondre en demeurant dans le moment présent, moins ils seront défensifs et réactifs, plus leur sentiment d'efficacité augmentera et possiblement entraînera une réduction de la consommation.

Le *mindfulness* demande de la rigueur et de la pratique. Il exige beaucoup d'entraînement, et par conséquent, il m'apparaît peu probable que des résultats puissent se manifester dans des délais brefs, et s'il y en a, ils devront être maintenus par une pratique soutenue.

Comme superviseure, ce que j'ai observé dans le cadre de l'intégration du *mindfulness* dans le programme de traitement de groupe, c'est le climat de détente généré en partie par le contenu de nos séances, mais aussi par l'attitude des animateurs. Lors d'une séance de *mindfulness*, on laisse de côté la psychoéducation et le désir d'obtenir un résultat. Cette pression en moins amène les patients à échanger davantage entre eux, à être davantage au « naturel ». Ainsi, cet effet indirect est très positif et favorise l'application d'être dans le moment présent, d'être avec les autres.

Par ailleurs, je pense que la force de cette équipe a été l'ouverture et l'acceptation d'une pratique personnelle. Je pense que les séances de *mindfulness* ne peuvent être utilisés que par un pratiquant et ce n'est qu'à partir de ce moment, qu'ils peuvent devenir un guide pour les patients et les encouragés à pratiquer. Je crois que le *mindfulness*, bien qu'il puisse être pratiqué de manière différente et à des degrés d'intensité variables, peut être un outil complémentaire aux traitements habituels très intéressant. Et, en l'utilisant comme un processus et non pour la recherche d'un but à atteindre, il peut être bénéfique pour les patients.

Conclusion

Lorsque j'ai débuté ce travail en 2006, on parlait très peu du *mindfulness*. Dans mon milieu de travail, le réseau de la santé, le sujet était pour ainsi dire inexistant. En ce moment, on se l'approprie dans les différents milieux de pratique, que ce soit dans les hôpitaux généraux ou psychiatriques. Plusieurs professionnels de la santé : médecins, ergothérapeutes ou psychologues s'y intéressent et le mettent en pratique dans une démarche soit personnelle, soit professionnelle, soit les deux à la fois.

Le *mindfulness* est-il devenu la nouvelle mode de la psychologie cognitive ? Il est difficile de répondre à cela, mais cette nouvelle vague est digne d'intérêt et elle dépasse largement la psychologie. Quoi qu'il en soit et en dépit du fait que le terme soit peu familier, le *mindfulness* est une pratique méditative et, à ce titre, n'est pas récent puisqu'il est utilisé depuis de nombreuses années dans différents domaines, incluant la psychologie.

Dans le cadre de cet essai, j'ai proposé une réflexion personnelle et professionnelle sur mon expérience avec le *mindfulness*, sujet qui m'a interpellée suite à un problème de santé grave. Ma conclusion précise ce que cet exercice théorique et expérientiel m'a apporté jusqu'à maintenant.

D'abord, revenons à ma question initiale, à savoir qu'est-ce que le *mindfulness*?

Lorsque j'ai débuté cet essai, je me suis positionnée comme une étudiante en recherche qui désire mettre en évidence ce que la littérature présente sur le sujet. Ainsi, le premier chapitre que j'ai rédigé a été le contexte théorique. Mais, l'importance que je lui accordais a soulevé un questionnement par la suite. Au départ, j'ai attribué ce besoin de parler de la théorie à mon désir de comprendre, mais au fur et à mesure que mon travail avançait, j'ai compris que je me construisais un filet de sécurité. À partir du moment où je l'ai identifié, j'ai commencé à épurer le contenu théorique, avec une certaine difficulté cependant. J'ai commencé à laisser de côté graduellement ce savoir pour faire place à mon expérience personnelle et professionnelle.

Le sujet étant nouveau pour moi, mes lectures m'ont permis d'en arriver à une définition relativement simple que je présente au chapitre 3. À ce moment-là, j'avais à l'esprit que j'utiliserais cette définition dans le contexte de mon travail professionnel, soit en psychothérapie sous la forme d'une description verbale de trois éléments clés : la conscience, l'attention et le moment présent. Après deux ans de travail, je pense que ce savoir théorique est maintenant beaucoup moins important que mon travail sur le plan personnel. Aujourd'hui, je me retrouve à une période où ce que je suis est l'ingrédient le plus important en thérapie, c'est-à-dire une personne en bonne santé mentale et physique, dotée d'une philosophie de vie. Comme le dit Forgas (2000): le *mindfulness* « c'est un mode de connaissance de soi holistique, basé sur la prise de conscience du vécu

« *feeling* » le savoir par l'expérience, plutôt que par un mode de connaissance analytique, basé sur des inférences et des déductions, « *knowing* » le savoir par connaissance.

Où suis-je avec la pratique du *mindfulness* sur le plan personnel et son utilisation au niveau professionnel?

À priori, je pense que le *mindfulness* est d'abord et avant tout une démarche personnelle. J'ai comme croyance que le *mindfulness* est un état d'être, difficile à définir avec des mots et par conséquent complexe à enseigner sur le plan théorique. Comme l'apprentissage d'un sport ou d'une habileté physique, le *mindfulness* se cultive par la pratique et non uniquement par des lectures. Je l'ai appris au cours de ces dernières années. Comme il se doit dans cette logique, mes lectures appuient ma pratique.

Au niveau professionnel, je constate un cheminement intéressant. Par exemple, à ma première expérimentation de *mindfulness* avec un patient (M. Bujold) qui présente de l'anxiété, j'utilise le *mindfulness* avec un style psychoéducatif, donc dans un rapport d'enseignant à élève. J'utilise le *mindfulness* comme un appendice à mon approche thérapeutique. Dans le deuxième dossier que je présente, soit l'expérience de groupe, j'utilise déjà différemment le *mindfulness* qui m'apparaît plus intégré sur le plan personnel. Je crois que je suis plus « *mindful* » avec l'équipe et les patients.

Mon expérience, bien que relativement brève, m'amène à me questionner sur la manière dont je veux intégrer le *mindfulness* dans ma pratique professionnelle. Au cours des derniers mois, j'ai rencontré des patients confrontés à de grandes souffrances, que ce

soit des personnes en traitement d'un cancer, des douleurs physiques chroniques ou encore la récurrence d'épisodes dépressifs. À ces moments-là, j'ai senti que la thérapeute *mindful* était présente. J'ai travaillé autrement avec la souffrance des patients. Je les ai accueillis et accompagnés en ayant une profonde écoute, de la présence et beaucoup de compassion. J'ai utilisé quelques méditations que j'ai faites lors des séances et j'ai suggéré à certains d'entre eux des exercices spécifiques de *mindfulness* pour les aider à prendre soin d'eux. Pour de nombreux autres patients, je n'ai pas fait ou proposé d'exercices de *mindfulness*.

Concrètement, je crois que je commence à abandonner progressivement la théorie (mon filet de sécurité) et j'accorde plus de place au thérapeute « *mindful* », ce que je peux traduire essentiellement comme le résultat d'un travail sur le soi. Le maître Zen Thich Nhat Hanh le traduit avec précision : « nous devons être capables d'abandonner à tout moment notre connaissance afin d'acquérir un niveau plus élevé de compréhension ». Ce que je ressens actuellement et ce qui m'apparaît le plus important, c'est de vivre autant que possible « *mindfulness* » et de ne pas chercher à l'inculquer de manière systématique.

Plus précisément, voici ce que le *mindfulness* m'a apporté.

Je crois que ma pratique de *mindfulness* a rehaussé mes qualités de thérapeute. J'observe des bienfaits concrets. Par exemple, mon niveau d'énergie, ma concentration, ma capacité d'écoute se sont améliorés. Je suis plus en mesure d'être présente, sans être dans l'action. Je suis plus en mesure d'entendre, d'écouter, et ce, sans chercher des

réponses ou des exercices à suggérer. Je suis avec eux dans le moment présent. Je vis un état de mieux-être général suite à une pratique formelle. Et la régularité de mes exercices et leur continuité dans mon quotidien induisent un calme qui m'est bénéfique. Être plus consciente de soi et des autres ne peut qu'amener des effets bénéfiques dans la relation thérapeutique. « Apprendre à s'écouter pour mieux écouter l'autre ».

Ma pratique du *mindfulness* a favorisé un travail d'intériorité qui améliore ma qualité de vie de manière générale. La pratique de *mindfulness* est devenue une source d'inspiration et de ressourcement. Ma thérapie, en fait.

Ma pratique de *mindfulness* a facilité mon processus d'acceptation, étape essentielle au changement. J'ai cessé de me battre avec les choses dont je n'ai pas le contrôle. Pour moi, accepter les choses plutôt que de les fuir est probablement le travail le plus important pour en arriver à un mieux-être. Il y a beaucoup de choses que je ne peux pas changer, que je ne peux pas éliminer. La souffrance, la maladie, la tristesse font partie de notre vie et les apprivoiser me permet probablement d'être plus sereine, face à moi-même et aux autres. J'apprends à accepter les choses telles quelles sont, ce qui souvent devient une source d'apaisement et même de satisfaction. Je crois que la pratique de *mindfulness* est une façon d'améliorer sa santé au sens large.

Où suis-je rendue maintenant?

Actuellement, je continue à approfondir le *mindfulness* surtout par mon engagement à une pratique régulière jumelé à des lectures variées. Je ne poursuis plus comme

objectif de l'utiliser systématiquement en thérapie. J'ai pris davantage la perspective de développer des qualités pour être un thérapeute « *mindful* ». J'ai modifié ma façon de recevoir mes patients, je m'impose un temps avant et après un entretien pour me ressourcer. Je ne donne plus d'exercices à mes patients, du moins, je ne le fais plus rapidement. J'essaie d'aider la personne à entrer en contact avec ses expériences émotionnelles et non uniquement à trouver les moyens pour les diminuer ou les supprimer.

J'utilise parfois le *mindfulness* directement en thérapie par exemple avec un exercice de respiration dès le début d'un entretien ou d'un exercice de visualisation. Et surtout, j'essaie de chercher un équilibre entre ma vie professionnelle et personnelle. Je m'impose des temps d'arrêt pour me ressourcer. Je me suis approprié le *mindfulness* sur le plan personnel, mais je m'impose pas son utilisation en thérapie. Il n'est pas inscrit à l'agenda.

Je termine en citant Thomas Bien (2006) : *un thérapeute « mindful » sait que c'est la relation, avec soi et avec l'autre, qui apporte la guérison*. Ce qui rejoint l'idée de Carl Jung qui mentionnait que la personnalité du thérapeute est le plus grand facteur de guérison en thérapie. La capacité d'utiliser sa personnalité dans une rencontre authentique avec une autre personne prime. Ainsi, on comprend que le travail sur soi est essentiel et à long terme.

Références

- Alexander, F. (1931). Buddhist training as an artificial catatonia. *Psychoanalytic Review*, 18, 129-145.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1^e éd.). Washington, DC : Auteur.
- André, C. (2009). *Les états d'âme : Un apprentissage de la sérénité*. Paris. Odile Jacob.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness Training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-142.
- Barlow, D.H. & Craske, M. G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic*. 3nd éd. Psychological Corporation. New York.
- Bennett-Goleman, T. (2001). *Emotional alchemy*. New-York: Harmony Books.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York : Avon.
- Bishop, S.R. (2002). What do we really know about mindfulness-based reduction? *Psychosomatic Medecine*, 64, 71-83.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J. & al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Brantley, J. (2003). *Calming your anxious mind*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-848.
- Brown, K. & Ryan, R. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248.
- Crane, R.S. (2004). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Teacher training and development*. School of education, University of Wales, Bangor. (Dissertation M.A. of the University of Wales).

- Dimidjian, S. & Linehan, M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 59-63.
- Epstein, M. (1995). *Thoughts without a thinker*. New York: Basic Books.
- Epstein, M. (1998). *Going to pièces without falling apart*. New York: Basic Books.
- Flavell, J., & Ross, L. (1981). *Social cognitive development : Frontiers and possible futures*. New York : Cambridge University Press.
- Forgas, J.P. (2000). *Feeling and thinking: the role of affect in social cognition*. Cambridge University Press.
- Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Goleman, D. (2003). *Destructive emotions*. New York: Bantam Books.
- Grossman, P., Niemann, M.A., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 57, 35-43.
- Gunaratana, B. (2002). *Mindfulness in plain English*. Somerville, MA: Wisdom Publications.
- Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness*. Boston: Beacon Press.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 255-262.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. NY: Guilford Press.
- Hayes, S.C. & Wilson, K.G. (2003). Mindfulness: Method and Process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2). 161-165.

- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral médecine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness méditation : Theoretical considérations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4 (1), 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. Fletcher, K.E., Pbert, L. & al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medecine*, 60 (5), 625-632.
- Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in every day life. New York:Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Lazarus, A. (1993). Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy*, 30, 404-407.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention*, New York: Guildford Press.
- Marlatt, G.A. & Kristeller, J. (1999). Mindfulness and meditation. Dans W.R. Miller (Éd.), *Integrating spirituality into treatment*. (pp. 64-84). Washington D.C. American Psychological Association.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-50.

- Philippot, P. (2007). Thérapie basée sur la pleine conscience. Dans Collection Médecine et psychothérapie (Éds) : *Thérapie et émotions : La troisième vague* (pp. 67-80). Masson.
- Pourtois, J.P. & Desmet, H. (1988). *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Bruxelles : Mardaga.
- Ricard, M. (2004). *Plaidoyer pour le Bonheur*. NiL Éditions.
- Roemer, L. & Orsillo, S. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 172-178.
- Segal, Z.V., Gemar, M.C., & Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108:3-10.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience de soi : Une nouvelle approche pour prévenir la rechute dépressive*. DeBoeck, Bruxelles.
- Siegal, R., Urdang, M. & Douglas, R. (2002). *Back Sense: A Revolutionary Approach to Halting the Cycle of Chronic Back Pain*. Broadway Books New York.
- Silananda, Sayadaw. (2002). *Four Foundations of Mindfulness*. Wisdom Publications.
- Smith, J. (2004). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation: Three caveats. *Psychosomatic Medicine*, 66, 148-152.
- Teasdale, J., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavioural Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G. (2003). Mindfulness Training and Problem Formulation, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2): 157-160.
- Thera, Nipponika. (1972). *The Heart of Buddhist Meditation*. New York. Weiser.

- Tripp, D. 2003). Action Inquiry, *Action Research-Reports*, 017, available on-line at www.fhs.usyd.edu.au/arow/arer/017.htm.
- Wallace, R. Benson, H., & Wilson, A. (1971). A wakeful hypometabolic physiological state. *American Journal of physiology*, 221 (3), 795-799.
- Watkins, E. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1037-1052.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol use disorders: The meditative tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19 (3), 221-228.